



CUADERNOS DE INVESTIGACIÓN

El proceso salud, enfermedad y atención en las minorías cristianas de la ciudad de Madrid: Un estudio de caso múltiple

Borja Martín-Andino Martín
Director: Ricardo Sanmartín Arce

CI 21/2016
ISSN: 2530-3570



Universidad Complutense de Madrid
Facultad de Ciencias Políticas y Sociología



Índice

| | |
|---|----|
| 1. RESUMEN | 5 |
| 2. PRESENTACIÓN DE LA TEMÁTICA | 6 |
| 2.1. Ubicaciones culturales | 6 |
| 2.2. Simetrías, convergencias, diferencias y disidencias..... | 7 |
| 3. MARCO TEÓRICO | 7 |
| 3.1. Antecedentes y estado de la cuestión | 7 |
| 3.1.1. Las minorías religiosas en el Estado español: del estigma sectario al pluralismo | 8 |
| 3.1.2. Salud y enfermedad en los sistemas religiosos y espirituales | 12 |
| 3.2. Problemática de investigación | 17 |
| 3.2.1. «Comunidades religiosas terapéuticas» | 18 |
| 3.2.2. Posiciones | 21 |
| 3.3. Objetivos..... | 23 |
| 3.3.1. Objetivo general..... | 23 |
| 3.3.2. Objetivos específicos | 23 |
| 3.4. Hipótesis..... | 24 |
| 4. ESBOZO DEL DISEÑO METODOLÓGICO | 24 |
| 4.1. Universo de investigación..... | 24 |
| 4.2. Técnicas de investigación | 25 |
| 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 27 |

1. RESUMEN

Las teorías clásicas de la secularización profetizaron el final de las religiones. En cambio, lo que se observa es una transformación del hecho religioso en nuestra sociedad (Cantón, 2008, 2009), algo explicado desde la progresiva pérdida de relevancia de la forma iglesia, la emergencia de nuevos modos individuales de experiencia de lo sagrado o la consolidación de un pluralismo religioso en el que se adoptan relaciones de mercado (Estruch, 1996). En este contexto, uno de los rasgos de la concepción weberiana de modernidad, que oponía ciencia y religión en distintas «esferas de valor», no ha llegado a completarse, como demuestra el espacio de contacto entre los ámbitos médico y religioso/espiritual (Cornejo y Blázquez, 2013: 12; Blázquez et al., 2014b: 4485), una de cuyas manifestaciones puede encontrarse en la diversidad denominacional del cristianismo, entre colectivos que incorporan la biomedicina, la combinan con formas de atención propias o, frente a estas, la dejan a un lado. Con la voluntad de profundizar en estas realidades se plantea una investigación que toma como casos a dos instituciones cristianas independientes, la Iglesia de Cristo, Científico y la Iglesia adventista del Séptimo Día, y un movimiento católico, Renovación Carismática Católica. La muestra pretende ser representativa de un cristianismo minoritario y terapéutico en la ciudad de Madrid, espacio de observación privilegiado por su concentración tanto de confesiones como de lugares de culto (Observatorio del Pluralismo Religioso, junio 2014; García García, 2008: 482), con el que poder conocer desde el método etnográfico las concepciones sobre salud y enfermedad, técnicas terapéuticas y actores sociales implicados, en suma, las complejidades del «proceso salud, enfermedad y atención» (Menéndez, 1996) entre ciudadanía que disiente de los modelos hegemónicos religioso y médico, y puede que implicada en un conflicto derivado de su ejercicio del derecho a la libertad religiosa y a la salud. Asimismo, se espera que una investigación como esta contribuya a un mejor conocimiento de la diversidad religiosa y el «pluralismo médico» (Perdiguero, 2006) en España.

2. PRESENTACIÓN DE LA TEMÁTICA

Tuve una lesión en la zona lumbar. [...] El médico ya no sabía qué mandarme, paracetamol y nolotil [...]. Un compañero que estuvo en Fátima, pues... en una misa en la que asistió me dijo que... que iba a tener una sanación [...] que se lo había dicho a la Virgen de Fátima. [...] No desesperes, insiste, insiste en la oración, ellos rezando por mí, yo diciendo, bueno, Dios mío, hágase en mí según tu palabra, ¿no? Y bueno... ¿mi sorpresa cuál es? [...] Pues ayer por la tarde, en la segunda charla que dio el predicador, me senté, y... no sentía dolor. [...] Entré siendo una persona y al finalizar la adoración fui otra.¹

Si el Científico Cristiano llega a su paciente por medio del Amor divino, la obra sanadora será efectuada en una sola visita, y la enfermedad se desvanecerá en su nada nativa, como el rocío ante el sol de la mañana. Si el Científico Cristiano posee suficiente afecto semejante al del Cristo como para ganar su propio perdón, y tal elogio como el que la Magdalena obtuvo de Jesús, entonces es lo suficientemente cristiano como para practicar científicamente y tratar a sus pacientes con compasión; y el resultado corresponderá con la intención espiritual (Baker Eddy, 2011: 365).

Gonzalo afirma que los cursos de cocina son una buena idea, con ellos pueden hablar del ovolactovegetarianismo desde su posición: ellos son vegetarianos porque son cristianos. [...] Nicolás sugiere temáticas para los cursos de cocina: de comida que elimina el ansia de fumar, que reduce la diabetes, que previene el cáncer. Gonzalo añade que estaría bien invitar a un médico.²

Estos fragmentos ejemplifican cómo fármacos y oraciones, médicos y sacerdotes o pastores, dolencia y amor, alimentación e identidad, entre tantos otros pares de elementos vinculados a la enfermedad y la salud pueden encontrarse, con mayor o menor intensidad, en comunidades religiosas. Esta presen-

cia, contemplada con los ojos de una modernidad que se asumía como separación entre la ciencia y la religión puede resultar desconcertante (Cornejo y Blázquez, 2013: 12; Blázquez et al., 2014b: 4485), pero lo cierto es que en los colectivos relacionados con estas citas las concepciones sobre la enfermedad, la salud, la atención y el cuerpo fluyen en discursos, representaciones, prácticas, lógicas y procesos; en definitiva, lo hacen en el complejo entramado de su vida social.

2.1. Ubicaciones culturales

La primera cita consiste en la transcripción de una secuencia audiovisual disponible en Internet. Su contexto es la «asamblea nacional» de Renovación Carismática Católica del año 2012. Sobre el escenario y ante el auditorio, un fiel relata la superación de una dolencia corporal, presentándose a sí mismo como prueba de certeza de que existe un poder sobrenatural al que, a diferencia de la ciencia humana, nada se le resiste. A esta le sigue un extracto de *Ciencia y Salud con la Llave de las Escrituras*, obra de Mary Baker Eddy (2011), la fundadora de la Iglesia de Cristo, Científico, y con la que me obséquió una conferenciante tras su charla en la sede de la Iglesia en Madrid en la primavera del 2014. Aquella tarde, junto a unas treinta personas, escuché que la realidad única es Dios, que la persona es espíritu y que no hemos de temer a la enfermedad y la muerte. Se extendió además sobre las virtudes de la Ciencia Cristiana, el método de sanación espiritual descubierto por la señora Eddy. La tercera cita procede de mi diario de campo en la Iglesia adventista del Séptimo Día. Remite a una de las reuniones de un grupo de fieles a las que asistí en el 2012. Los encuentros tenían por objeto diseñar acciones con las que dar a conocer la Iglesia entre jóvenes universitarios desvinculados de las prácticas y creencias religiosas. En este pasaje, los asistentes relacionan su alimentación —que legitiman en fundamentos doctrinales— con su adscripción confesional, a la vez que le atribuyen cualidades para conservar y mejorar la salud.

1 En <https://www.youtube.com/watch?v=isS7ul7wh9Q>... última visita, 15/08/2015.

2 *Diario de campo IASD*, «Registro #15»: 12-14.

2.2. Simetrías, convergencias, diferencias y disidencias

Renovación Carismática Católica; Iglesia de Cristo, Científico e Iglesia adventista del Séptimo Día son comunidades de fieles cristianos minoritarias en la ciudad de Madrid que articulan concepciones propias sobre la salud y la enfermedad, técnicas terapéuticas específicas y roles determinados entre sus miembros, lo que puede interpretarse como «sistemas médicos» (Kleinman, 1980) originales, los cuales a su vez comparten su espacio con otros sistemas de atención a la salud en el panorama del «pluralismo médico» (Perdiguero, 2006). Estos colectivos se encuentran en posiciones varias de subalternidad/hegemonía respecto a dos instituciones mayoritarias en el Estado español con dependencia de su alineamiento/asimetría: la Iglesia católica en el espacio de las creencias religiosas y la medicina científica o biomedicina en el área de la atención a la enfermedad y la salud.

Lo que se propone desde aquí es una investigación que tome a estas tres comunidades como casos de estudio, en razón de sus características compartidas pero también de sus divergencias, *tanto para* conocer sus realidades particulares en nuestra sociedad y contribuir así al reconocimiento del pluralismo religioso en el ámbito de un cristianismo diverso, al que podrían representar, *como para* visibilizar el modo en que cada una de ellas se relaciona con el «proceso salud, enfermedad y atención» (Menéndez, 1996) y evidenciar otros modos de concebir la enfermedad, otras prácticas para sanarla y su sentido, otras formas de entender el bienestar corporal y la salud del individuo, y ampliar así desde el ámbito de las creencias, en el área del cristianismo, los límites del pluralismo médico. Esta propuesta pretende asentar una base teórico-metodológica con la que iniciar un estudio empírico posterior que, focalizado en lo cualitativo y en un contexto local, la ciudad de Madrid, pueda ayudar a reconocer la diversidad de creencias, prácticas, representaciones y lógicas sobre enfermedad, salud y atención de un cristianismo heterogéneo español que desborda el catolicismo y la biomedicina, y al mismo tiempo, el modo en

que estos modelos hegemónicos les influyen y cómo esto se traduce en la vida cotidiana de aquellos que componen las bases de sus iglesias.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes y estado de la cuestión

La enfermedad es un fenómeno inherente a la condición humana que de manera universal los seres sociales buscan revertir mediante respuestas variadas, legitimadas culturalmente (Comelles, 1985, 1994) de acuerdo con representaciones y conductas particulares que ocasionalmente pueden estar vinculadas a sistemas de creencias religiosos y espirituales (Geertz, 2006: 101). En suma, salud y enfermedad se articulan en procesos sociales, políticos y económicos amplios (Good, 2003) que operan estructuralmente (Menéndez, 1996).

Esta propuesta de investigación se plantea desde la sociedad y la cultura, es decir, desde la perspectiva de los agentes, sus relaciones sociales y las instituciones que las enmarcan. Para avanzar en la comprensión del objeto de estudio se ha decidido limitar —en la medida de lo posible— a la antropología social española las aportaciones que se presentan, organizadas desde dos ejes: investigaciones sobre minorías religiosas y propuestas para la comprensión del proceso salud, enfermedad y atención³ en los sistemas de creencias religiosos y espirituales.

3 En adelante, proceso s/e/a. El concepto ha sido acuñado por Menéndez (1996) para referirse al marco en que se desarrollan los saberes/modelos médicos. De acuerdo con el autor, este proceso es universal e histórico, opera de forma diferenciada entre las clases sociales y es inevitable en cuanto que la respuesta social a la enfermedad, los padecimientos y los daños a la salud es necesaria para la producción y reproducción de cualquier sociedad.

3.1.1. Las minorías religiosas en el Estado español: del estigma sectario al pluralismo

La monografía de Estruch *Los protestantes españoles* (1968) es considerada pionera en la sociología de las minorías religiosas en el Estado español (Prat, 1991, 2001; Cantón et al., 1999b). Con objeto en comunidades evangélicas del área de Barcelona, incluye una clasificación del protestantismo español por denominaciones junto a sus rasgos doctrinales, prácticas, estimaciones de membresía y distribución territorial que aún la dota de utilidad. El texto es contemporáneo de la Ley 44/1967 de Libertad Religiosa, que inaugura la garantía de profesión privada y pública en materia de derecho civil en época predemocrática mientras mantiene el confesionalismo católico nacional. Estruch publica después, en 1993, la primera obra sociológica sobre Opus Dei, *L'Opus Dei et seves paradoxes. Un estudi sociològic* y dirige la tesis de Fernández Mostaza (1998) sobre esta organización. Años antes, en 1985, se publica «El zoco del espíritu» de González-Anleo, artículo de referencia sobre la diversidad religiosa (Prat, 1991, 2001), republicado en 1990 en *Las sectas en España* junto a otros de sociólogos eclesiásticos como Bosch, García Hernando, Azcona y Vázquez. Este es un volumen referencial en el estudio de «la cuestión sectaria» en la sociología española, y cierra una década, la de los ochenta, en que las «sectas» son consideradas «un problema social» (Prat, 2001: 106).

En la década de los noventa surgen en Cataluña los primeros trabajos de antropología social sobre minorías:⁴ *Antropología de la religión: ortodoxos, heretges i sectaris*, dos volúmenes publicados en los años 1991 y 1993, respectivamente, coordinados por Joan Prat, y que contienen artículos de quienes presentan después tesis sobre Hare Krishna –Vallverdú, en 1997– y testigos de Jehová –García Jorba, en 1999–; *Totalitarismo y voracidad. Una aproxi-*

4 Según Prat (1991, 2001) la excepción es Cardín (1982), aunque tras su consulta se ha observado que se trata de un texto breve y divulgativo, pero no exento de objetividad.

mación interdisciplinaria al «fenómeno sectario» en Catalunya, de 1994, resultado de la investigación de un equipo coordinado por Díaz Fernández en el ICESB de Barcelona; y artículos de Delgado Ruiz.

Prat, Vallverdú y García Jorba problematizan la relación entre minorías religiosas y «sectas» de las agendas mediática, académica y política de los años ochenta (Prat, 1991, 1993, 2001, 2007; Cantón et al., 1999b; García Jorba, 1993; Vallverdú, 1995) que las presentan como grupos dirigidos por líderes que al amparo de la libertad religiosa se aprovechan de sus adeptos (García Jorba, 1993). Objetivan lo que podría denominarse un *paradigma sectario* que Prat describe por medio del análisis de la literatura que en España le había dado forma (1991, 2001). Cornejo y Blázquez (2013: 13) han revisado y aportado a esos antecedentes y critican, como Prat (2007), que esas obras desvelasen un fenómeno social por medio de su persecución. Grosso modo, este corpus⁵ se compone de:

- a). *Literatura eclesiástica*,⁶ que ocupa las décadas de 1980 y 1990. Comprende tanto textos de carácter pastoral como otros que no lo son en sentido estricto, con una variedad de actitudes, desde la más «combativa» de García Hernando a la «ecuménica» de Bosch (Prat, 2001: 99).
- b). *Literatura no eclesiástica*, que agrupa varias líneas:
 - 1). Textos periodísticos de posicionamiento antisectario, algunos de los cuales incurren en el sensacionalismo. Ocupan la década de 1980, con autores como Rodríguez Bofill y Salarrullana (Prat, 1991, 2001).

5 Para la relación detallada de obras, cf. Prat, 1991, 2001; Cantón et al., 1999b; Cornejo y Blázquez, 2013.

6 Por «literatura eclesiástica» me refiero estrictamente a aquella generada por agentes ligados a la Iglesia católica. La aclaración viene al caso puesto que también hay una literatura producida por iglesias evangélicas, incluida en b) *Literatura no eclesiástica*.

- 2). Investigaciones de enfoque psicológico, afines entre sí por compartir la perspectiva teórica del *brainwashing* de Margaret Singer (Cornejo y Blázquez, 2013: 13) y su denuncia hacia las «sectas». Décadas de 1990 y 2000: Rodríguez Carballeira, Rodríguez Bofill, Almendros, Perlado (Cornejo y Blázquez, 2013).
- 3). Informes comprendidos entre finales de la década de 1980 y comienzos de la siguiente como el de Canteras, Rodríguez Bofill y Rodríguez Carballeira para el Ministerio de Asuntos Sociales y otros para el Plan Nacional Sobre Drogas, en los que se analiza la constante drogodependencia/sectarismo: Comas, Rodríguez Carballeira y González (Prat, 1991, 2001; Cantón et al., 1999b).
- 4). Textos autobiográficos producidos por «apóstatas» de variados grupos, que oscilan entre la denuncia y el resentimiento. Mediados de las décadas de 1970 y 1990 (Prat, 2001: 103).
- 5). Literatura evangélica. Incluye obra antisectaria, como la de Vidal, y publicaciones generadas por iglesias, como las de Editorial Clíe —vinculada a la Iglesia Evangélica Española—, en las que se descalifica a grupos considerados rivales. Décadas de 1970 y 1980 (Prat, 1991, 2001).

En estas publicaciones domina una corriente que pone en relación la divergencia religiosa con la peligrosidad, la manipulación de las conciencias y la anomia, para la que el creyente otro es sospechoso y marcado con un estigma en razón de su simple diferencia (Prat, 2007). Esta literatura refuerza una «imagen social» hegemónica sectaria (García Jorba, 1993; Vallverdú, 1995) que procede de Estados Unidos: el antisectarismo emerge allí en la década de 1970 como reacción de grupos de presión a los nuevos movimientos religiosos⁷ que afloraron en la

7 En adelante, NMR. Prat (1991, 2001, 2007) y García Jorba (1993) ubican su germen en la contracultura. En perspectiva histórica, representan el Fourth Great Awak-

década anterior. Cuando los NMR se asentaron en el Estado español lo hicieron acompañadas de sus impugnaciones sociales (García Jorba, 1993): asociaciones de familiares de miembros que negaban la libertad de elección, incapaces de aceptar el reemplazo del grupo de parentesco por un nuevo grupo social. En el fondo latía un conflicto de competencia con una institución socialmente intocable (García Jorba, 1993), y la única explicación aceptable fue la del *brainwashing*,⁸ articulada mediante el discurso experto en un «modelo criminal-médico» (Prat, 2001: 96). La estrategia de estas asociaciones fue difundir información sobre la amenaza «sectaria», apoyar a los afectados, incluir el problema en la agenda política y «rescatar» adeptos, incluso con violencia, para «desprogramarlos» con técnicas conductistas (García Jorba, 1993). Estos colectivos se reclamaban desamparados por la ley: no era posible convencer a un tribunal de la no voluntariedad del sujeto respecto a su afiliación voluntaria, y amplificaron en contraparte su causa con los medios de comunicación, aprovechando hechos de gran impacto, como la matanza de Jonestown, para visibilizarlas (García Jorba, 1993).

La «sectofobia» (Prat, 2001) española afectó a NMR y confesiones históricas, lo que respondía tanto a las iniciativas del oficialismo católico por defender

ening estadounidense.

8 El proceso de conversión religiosa ha sido explicado desde distintos modelos. De acuerdo con Prat (2007: 116-122), psiquiatría y psicología lo han hecho con el de *brainwashing*, «lavado de cerebro», término con el que Hunter explicaba el adoctrinamiento de prisioneros norteamericanos por el enemigo durante la guerra de Corea (1951-1953), y que fue adoptado para presentar la conversión a grupos religiosos socialmente ilegítimos como un proceso de persuasión coercitiva, convirtiéndose en el argumento fundamental antisectario para numerosos autores (cf. Prat, 2007: 121) y en explicación hegemónica para la conversión. Sociología y antropología se inclinan por los modelos causales de conversión, entre los que el de Lofland-Stark ha sido el más influyente (cf. Prat, 2007: 122), y en los que la conversión se explica como un proceso gradual, consciente pero también emotivo y activo por el que el sujeto socializa voluntariamente en el nuevo grupo al aportarle estas respuestas a carencias o problemas previos (Prat, 2007a: 122-130).

sus intereses como al empuje de los movimientos anti-secta al resultarles sospechosos (García Jorba, 1993: 61). La acción del catolicismo no era nueva: los conflictos por la legitimidad en el espacio pístico son una «constante cultural» (García Jorba, 1993: 68) sobre los que la sociología de la religión, desde Weber, se ha interrogado mediante la dicotomía iglesia/secta, a la que la sociología (Estruch, 1968; Fernández Mostaza, 1998) y la antropología social españolas (Prat, 1991; García Jorba, 1993; Cantón, 1998) ahora recurren para esclarecer el conflicto. De manera resumida puede decirse que Weber expresa con «iglesia» y «secta» los tipos ideales de las mismas, lo que le sirve para comparar casos concretos en procesos de cambio (Pals, 2013). De acuerdo con Fernández Mostaza (1998), Weber opone la adhesión tradicional y la disparidad de fieles del tipo iglesia a la voluntariedad y separación mundana del tipo secta, a la vez que señala que esta devendría iglesia siempre que el carisma se perpetuase. Troeltsch ampliará este modelo manteniendo su tipología, con una iglesia burocrática y conservadora útil para el control social y una secta que sirve a las clases subalternas al fundarse en relaciones directas entre miembros igualitarios que disponen de una gracia individual (Prat, 1991). Niehbur entiende después la iglesia como grupo en el que se nace, frente al voluntarismo sectario; el nacimiento en la secta la transforma en «denominación». La iglesia adapta su ética a la sociedad, mientras que la secta defiende la suya en el aislamiento como vanguardia (Prat, 1991; Fernández Mostaza, 1998). Yinger trata de superar el estatismo de la dicotomía mediante una clasificación más amplia en la que la iglesia representa el orden social y es instrumento de las clases dirigentes, y la secta atiende necesidades individuales sin renunciar a cierto orden (Fernández Mostaza, 1998). Para Wilson, las sectas son colectivos religiosos dinámicos de protesta cuyos miembros se diferencian mediante creencias y prácticas, y para quienes su fe se impone a las convenciones seculares (Fernández Mostaza, 1998). Por último, Berger diferencia entre ambas según la proximidad de lo sagrado —lejano en la iglesia, presente en la secta— y su duración en el tiempo —duradera la primera, efímera la segunda— (Fernández Mostaza, 1998).

Otra perspectiva teórica para la problemática de la legitimidad en el espacio de las creencias está implícita en la categoría de «campo religioso» con la que Bourdieu (2006) define el espacio social en que se dan intercambios entre productores y consumidores de capital religioso, y con la que interpreta desde los postulados del materialismo la lógica de las relaciones de dominación y dependencia, instrumentalizadas mediante el control de bienes simbólicos. Cantón ha aplicado esta categoría en su trabajo con comunidades pentecostales guatemaltecas (1998) y con la Iglesia Evangélica de Filadelfia en el Estado español (Cantón, 2011, 2013), donde ha objetivado la construcción identitaria mediante etnia y religión y los procesos de empoderamiento implícitos en un orden, en apariencia, exclusivamente simbólico.

Con el cambio de siglo las minorías comienzan a convertirse en un objeto de estudio «normalizado» para la antropología social española (Prat, 2001: 109), como ejemplifican las actas del simposio *Nuevos movimientos religiosos, iglesias y «sectas»* del VIII Congreso de la FAAEE (Cantón et al., 1999a), y desde entonces la disciplina atiende a una diversidad religiosa y de temáticas asociadas cada vez mejor representadas (Cornejo et al., 2008b). De este modo, comienza un desplazamiento progresivo de la investigación con las minorías como generadoras de un problema social a estudiarse en ellas, por ejemplo, los procesos de conversión (Cantón, 1996; Vallverdú, 2007; Mena, 2009; Cornejo, 2012), su implicación en procesos de transformación étnico-políticos (Cantón, 1998, 2011, 2013; Sentís, 1999; Mena, 1999, 2003; Vallverdú, 2005) o su influencia como realidad social para reflexionar sobre las teorías de la secularización (Cornejo et al., 2008b; Cantón, 2008, 2009), cuando no, sencillamente, se trata de producir etnografías que las visibilizan como instituciones religiosas legítimas en un marco de pluralidad religiosa (Izquierdo, 1999; Parras, 1999). Esto acontece en paralelo al progresivo abandono en el marco más amplio de las ciencias sociales del paradigma sectario y la emergencia de uno nuevo que lo sustituye, y que podría denominarse de

pluralismo religioso (Moreras, 2007; López Camps, 2007; Casanova, 2007, Cantón, 2013) apuntalado por la voluntad estatal de promoción de la libertad religiosa mediante la cooperación con las confesiones minoritarias y que se instrumentaliza en la Fundación Pluralismo y Convivencia, creada en el 2004⁹ por el Ministerio de Justicia con dos objetivos destacados:

*Promover la libertad religiosa a través de la cooperación con las confesiones minoritarias [...] [y] ser un espacio de investigación, debate y puesta en marcha de las políticas públicas en materia de libertad religiosa y de conciencia; todo ello orientado a la normalización del hecho religioso y a la creación de un adecuado marco de convivencia.*¹⁰

Precisamente, la Fundación es la responsable de una colección de trece volúmenes elaborados por sociólogos y antropólogos que mapean la diversidad religiosa de cada una de las comunidades autóno-

mas.¹¹ El conjunto impugna en la contemporaneidad del Estado español las tesis de la secularización de Comte, Freud y Marx que pronosticaban la desaparición total de las religiones. Bien al contrario, como anticipase Durkheim (Cantón, 2009), su perdurabilidad está asumida en el paradigma del pluralismo, abierto a comprender el hecho religioso actual desde su transformación (Estruch, 1996), con posicionamientos varios: desde los que entienden la secularización como proceso de pérdida de relevancia social de las religiones, como Wilson, o simplemente de centralidad de sus instituciones —esto es, la forma «iglesia»—, como Luckmann; como proceso de cartelización en que el pluralismo conlleva una situación de mercado, como Berger (Casanova, 1996); como proceso de privatización, como Beyer; o como dimensión de la modernidad que posibilita la construcción de identidades, como Hervieu-Léger (Cantón, 2009).

El escenario religioso español contemporáneo incluye a unas confesiones minoritarias en buena medida desconocidas para las mayorías, lo que en ocasiones implica «prejuicios y falsas apreciaciones, fruto de la ignorancia» (Mantecón, 2004: 9), algo a lo que se debe hacer frente no perdiendo de vista errores pretéritos (Cantón et al., 1999b: 11). Este escenario incluye desafíos aún no resueltos, y los calificativos «plural» y «diverso» que lo adjetivan no deberían asumirse de un modo acrítico, sino en todo caso como exponentes de un incremento de complejidad.

9 Antes de impulsar la Fundación, el primer paso para el reconocimiento de la diversidad religiosa y el derecho al ejercicio de la libertad confesional en democracia fue la aprobación de la Ley Orgánica 7/1980 de Libertad Religiosa. Más tarde comenzó el proceso de reconocimiento del notorio arraigo de algunas confesiones y colectivos (cf. «Notorio arraigo», en Fundación Pluralismo y Convivencia, «Glosario», http://www.observatorioreligion.es/diccionario-confesionesreligiosas/glosario/notorio_arraigo.html, última visita, 20/12/2015). En 1992, federaciones de evangélicos, judíos y musulmanes firmaron sus respectivos acuerdos de cooperación, lo que les garantiza derechos individuales —sobre el matrimonio; la asistencia religiosa en Fuerzas Armadas, centros penitenciarios y hospitalarios; la enseñanza religiosa en centros docentes públicos y concertados; la celebración de festividades religiosas— y colectivos —al culto y disposición de lugares para el mismo; a cementerios propios; a obtener tutela sobre su alimentación prescrita; a exenciones fiscales; a su inclusión en el Régimen General de la Seguridad Social; a recibir y organizar colectas; etc. (cf. «Acuerdos de cooperación». En Fundación Pluralismo y Convivencia, «Glosario», http://www.pluralismoyconvivencia.es/materiales_didacticos/glosario/acuerdos_de_cooperacion.html, última visita, 22/12/2015).

10 En Fundación Pluralismo y Convivencia, «Quiénes somos», http://www.pluralismoyconvivencia.es/quienes_somos/index.html, última visita, 22/12/2015.

11 Disponible en http://www.pluralismoyconvivencia.es/publicaciones/materiales/coleccion_pluralismo_y_convivencia/index_1.html, última visita, 15/12/2015. El primer volumen, *Minorías de lo mayor. Minorías religiosas en la Comunidad Valenciana*, de Buades y Vidal, fue publicado en el 2007; el último de ellos, *Mareas de pluralismo. Minorías religiosas en Galicia*, de Izquierdo et al., lo fue en el 2014.

3.1.2. Salud y enfermedad en los sistemas religiosos y espirituales

En palabras de Perdiguero, el pluralismo médico¹² no ha sido —excepto la automedicación— objeto de interés de las ciencias sociales y de la salud hasta fechas recientes, pues los modelos teóricos que han explicado el comportamiento frente a la enfermedad se han centrado habitualmente tan solo en el conocimiento de la medicina científica occidental (Perdiguero, 2006: 34); algo que se suma a la limitada atención prestada por la antropología social en España a las cuestiones relacionadas con la salud y la enfermedad en los sistemas religiosos y espirituales. Quienes lo han hecho, por lo general lo han tratado como un aspecto sumario, con excepciones como las monografías de Lisón (1990) y Ferrándiz (2004), las tesis de Reviriego (1992) y López-Pavillard (2015), algunas comunicaciones en simposios (Romaní y Comelles, 1993; Cantón et al., 1999a; Cornejo et al., 2008a) y un coloquio internacional (González Alcantud y Rodríguez Becerra, 1996) y varios artículos (Mena, 2003, 2007, 2008; Cornejo y Blázquez, 2013). Quizás el simposio dedicado por completo al tema en el último congreso de la FAAEE (Blázquez et al., 2014a) indique un cambio de tendencia. A continuación se revisan estas contribuciones, agrupadas por sistemas de creencias.

Entre las numerosas investigaciones sobre el pentecostalismo,¹³ Ramírez Hita (1999) destaca en

12 Perdiguero (2006: 33) entiende por pluralismo médico, terapéutico o asistencial los diversos modos sociales de comprender la salud y la enfermedad y de diagnosticar y tratar los padecimientos.

13 Cornejo advierte del incremento de interés internacional por el pentecostalismo en las ciencias sociales debido a su rápida expansión en sociedades de sustrato históricamente católico tras la diversificación del campo religioso (Cornejo, 2001: 152). La antropología social en España también ha reparado en esto, encontrando un claro ejemplo con el que poner en duda las teorías de la secularización que vaticinaron el final de las religiones: el reavivamiento pentecostal, como la emergencia de espiritualidades individualistas o la pérdida de centralidad social de otras iglesias expresarían las transformaciones de lo religioso y la continuidad de lo sagrado (Cantón, 2009: 207-211). En la investigación antropológica

él su ascetismo intramundano y la responsabilidad individual que impone sobre el cuidado del cuerpo mediante una ética rigurosa. La enfermedad implica pecado, y supone la oportunidad para demostrar la fe, que se confirma en la sanación, algo que no puede darse sin arrepentimiento. La sanación demuestra la intervención divina a favor de quien se entrega a la creencia y refuerza la vinculación del fiel con la comunidad de creyentes, algo con lo que coincide Sanchiz (1996) a propósito del pentecostalismo guatemalteco, del que con mayor extensión se ocupa Cantón en su tesis doctoral (1998), en la que analiza sus transformaciones religiosas y políticas y su influencia en el cambio sociocultural del país. Enfermedad y salud coparían los procesos de conversión, centrales por inaugurar nuevas formas de vida social a propósito de la irrupción de lo sagrado. La superación de la enfermedad por intervención divina, vehiculada según la práctica ritualizada de carismas normados en las iglesias, sería el factor decisivo en la narrativa de la nueva adscripción religiosa (Cantón, 1998). El testimonio público de conversión demostraría la adecuación del fiel a las pautas culturales comunitarias, al integrar en su relato biográfico formas socialmente sancionadas de representar su transformación. En las narrativas de conversión que analiza, Cantón encuentra que enfermedad y salud aparecen reiteradamente con la curación como eje estructural, con un concepto compartido de enfermedad a la que se atribuye una carga simbólica y con la curación como detonante de procesos de negociación con la divinidad que desembocan en un compromiso cristiano (Cantón, 1996). Concluye que no sería la creencia la que derivaría en la curación, sino que esta, en el medio pentecostal, conduciría a la creencia, y el relato de sanación vehicularía

española sobre pentecostalismo predomina su variación gitana, la Iglesia Evangélica Filadelfia, algo sin duda promovido por la síntesis cultural, religiosa y étnica que la anima. La Iglesia aboga por la reforma social de las comunidades gitanas desde el reconocimiento de sus «valores» y afronta sus problemas estructurales, reivindica su etnicidad y la potencia, construyendo un movimiento étnico-religioso, una herramienta tanto de cambio como de mantenimiento (Mena, 2009: 58; Marcos, 1999: 140).

su integración comunitaria (Cantón, 1996: 458). Vallverdú (1999, 2007) ha llegado a conclusiones equivalentes con el pentecostalismo mexicano, en el que las prácticas curativas protagonizan procesos de conversión, plagados de «contenidos y significados resocializadores y de transformación de la identidad» con los que el nuevo fiel reconstruye su biografía (Vallverdú, 2007: 136). La enfermedad y la sanación enmarcan las nuevas adhesiones, por lo que cumplen con una función de reproducción social de la «estructura de plausibilidad» comunitaria (Berger, 2006). El cuerpo del pentecostal es herramienta para la experiencia religiosa, «templo de Dios», «receptáculo privilegiado de lo sagrado», «objeto sobre el que recae la disciplina espiritual», por lo que se reorienta permanentemente en la programación litúrgica y ritual (Vallverdú, 2007: 146).

Salvando la distancia institucional, pero reconociendo las concomitancias por tratarse de cultos «carismáticos y extáticos» (Vallverdú, 2007: 136-137), puede advertirse un paralelo en la concepción corporal de Hare Krishna. En la lógica del culto, el cuerpo es concebido como una herramienta que ha de facilitar el progreso espiritual, verdadero objetivo del devoto (Nuño, 2014). Ello se proyecta mediante principios de salud y bienestar, que si bien pueden coincidir formalmente con prácticas propias de la ideología del bienestar biomédica (Crawford, 1980), en el caso de las creencias Hare Krishna no son una finalidad per se. La nutrición de los devotos se rige por principios que clasifican los alimentos en categorías simbólicas. Siguiendo a Nath (2010) Nuño expone que la elección dietética deriva en una mejora o deterioro de la salud tanto corporal como espiritual, y alimentarse repercute en el modo con que los fieles construyen sus identidades, sus prácticas devocionales, sus adscripciones al culto y sus compromisos espirituales (2014: 4691). La alimentación no cumple tan solo con obligaciones nutricionales, éticas y morales, se conecta con un bienestar mental. Seguir las prescripciones alimentarias, una dieta equilibrada, la práctica de ejercicio físico y disfrutar del silencio evitan la enfermedad y

conducen a un bienestar corporal, lo que posibilita un acercamiento a la divinidad (Nuño, 2014).

Continuando con el pentecostalismo, Moreira atribuye el éxito de su expansión en Uruguay a la «sanación divina», a la que recurren agentes en posición de subalternidad estructural y desigual acceso a los servicios médicos respecto a las clases dirigentes. La actuación del pastor reforzaría el pentecostalismo frente a la biomedicina, pues no solo se interesa por los síntomas, sino también por el entorno familiar, laboral y las emociones del creyente (Moreira, 2014: 4666). La interpretación del crecimiento pentecostal desde la anomia en efecto goza de consenso en la literatura internacional (Cornejo, 2001: 154), aunque se antoja incompleta a la luz de otras explicaciones como la existencia de redes de ayuda mutua y la adopción de una nueva identidad individual y social intragrupal que libera del estigma (Vallverdú, 1999), y que en ocasiones pivota sobre diferencias étnicas respecto a la sociedad dominante (Cornejo, 2001: 155; Mena, 2003, 2009). Otras investigadoras, como Marcos (1999) y Ayala (2008), se han interesado por la Iglesia Evangélica Filadelfia¹⁴ desde el marco de la antropología médica. La primera ha objetivado sus prácticas de atención a drogodependientes y la relación de estas con los procesos de conversión, coincidiendo con Cantón en que la sanación en un contexto religioso puede conllevar la adhesión (Cantón, 1996: 458). La adicción a las drogas es reemplazada por la adicción a «la palabra», y el estigma del drogodependiente muta en un doble estigma religioso y étnico (Marcos, 1999: 144), aquel que se asocia a la IEF (Mena, 2003: 3). Para Ayala (2008) la Iglesia, mediante el disciplinamiento corporal, genera subjetividades coincidentes con la ideología de la promoción de la salud desde el rechazo del alcohol y las drogas y la potenciación de conductas favorables a un cambio social, coherentes con la integración en la sociedad mayoritaria (Ayala, 2008: 39). Mena ha señalado los dones carismáticos —uno de ellos, el de «sanidad divina»— como medios que empoderan la agencia indi-

14 En adelante, IEF.

vidual y refuerzan los vínculos comunitarios (Mena, 2003, 2009), e identificado prácticas institucionalizadas con las que se hace del cuerpo la herramienta con la que definir estrategias para dirigir procesos de ajuste étnico-cultural, tales como el ayuno, la selección de la apariencia y el uso del lenguaje (Mena, 2007, 2008). Estas las analiza desde el paradigma de la corporalidad (Csordas, 1993; Ferrándiz, 2004), por las que el cuerpo se considera desde su posición como productor de interacciones sociales y soporte de la cultura. Los «itinerarios corporales» (Ferrándiz, 1995: 142) moldean en una nueva identidad de acuerdo a modelos sociales, identidad que cristaliza en la conversión y su narrativa, en la que se reconstruye la biografía de acuerdo con la intersubjetividad compartida, con el sistema de creencias legitimador (Mena, 2008), como señalaran Cantón (1998) y Vallverdú (2007), con quienes también coincide a propósito del proceso de enfermar y sanar. En la IEF el cuerpo enferma por el pecado, lo que supone una invitación al arrepentimiento. La curación «implica la aceptación de Cristo y la conversión», por lo que enfermar y sanar «adquieren una dimensión simbólica trascendente» y justifican la doctrina (Mena, 2008).

En el ámbito del catolicismo Christian (1978) aborda los distintos tipos de comunicación entre fieles y seres sobrenaturales, una de cuyas formas consiste en las «oraciones instrumentales» con las que se buscan respuestas de lo divino para problemas diversos como la enfermedad. La súplica instrumental engendra obligaciones como la «acción de gracias» y la «promesa» (Christian, 134:1978), en las que se corresponde por lo recibido mediante bienes, el sacrificio del orgullo, la renuncia a diversiones, hacer un reconocimiento público o realizar un esfuerzo físico; prácticas que devienen de una relación contractual en la que se traslada al plano simbólico modos sociales intracomunitarios (Christian, 1978: 135) algo con lo que coincide Rodríguez Becerra (1996) a propósito de los exvotos, que inserta en una lógica patrón/cliente. Dichas «transacciones privadas» entre agentes y seres espirituales dejan a un lado a los especialistas rituales, lo que en ocasiones genera

conflictos locales por el control de los ritos (De las Heras, 2014). Para Rodríguez Becerra el panteón católico está presente en prácticas de atención a la salud de la medicina y religión populares por la tradición curativa del cristianismo —la práctica oficial de la extremaunción con fines de sanación, justificada en las curaciones del Jesús bíblico—, que la Iglesia católica habría abandonado dejando la capacidad para curar en manos de la medicina científica, pero a la que medicina popular y religión popular darían continuidad manteniendo creencias y prácticas en las que los seres divinos favorecen la salud. En su monografía Lisón (1990) analiza la sanación ritual del «endemoniado» en un santuario gallego, donde da cuenta del itinerario terapéutico por el que los asistibles transitan, con el ritual católico como segunda opción, tras la biomédica, lo que equivale a salir de la lógica científica para sumergirse en la alternativa de la sanación ritual. Lisón comprende que los agentes sociales en el santuario conforman una *communitas*, quienes mediante una pedagogía de la posesión aprenden a comprender su malestar para, si completan con éxito el proceso ritual, sanar. El sufrimiento del asistible se expone como prueba de fe o expiación de pecados, entre un conjunto de buscadores de sanación en el que hay mayoría de mujeres, algo que el antropólogo relaciona con sus condiciones estructurales —roles de género, sistemas de valores, normas locales—. En 1996 Lisón profundiza en su interpretación del caso mediante la «dialéctica del yo/otro», que explica la posesión como un sistema de transformación de los conflictos en las relaciones estructurales en problemas psíquicos y viceversa, y la hipótesis de la eficacia ritual: el sistema ritual de sanación aportaría un sentido al asistible sobre la posesión, además de los beneficios de sentirse acompañado y comprendido (Lisón, 1996). Aplicando la antropología médica a la historiografía Comelles expone que el milagro se construyó ideológicamente en la antigüedad frente a la medicina técnica (Comelles, 1993) durante la pugna entre explicaciones empíricas y religiosas de la realidad (Comelles, 1996). Desde la Edad Media y hasta la Modernidad la Iglesia católica habría respondido a la secularización proponiendo modelos de curación

basados en la mediación de agentes sobrenaturales, con lo que habría tratado de ejercer su control, con el reemplazo del autocuidado por su cuidado institucional, lo que se habría prolongado hasta la hegemonía del cuidado secular médico, reservando desde entonces la Iglesia su relación con el proceso de salud y enfermedad —al margen de sus actuaciones como instrumento biomédico— a la perspectiva teológica del milagro, que pervive en el catolicismo oficial para refrendar procesos de santificación, pero también en una religiosidad y medicina populares¹⁵ que escapan al control de la ortodoxia (Comelles, 1993).

Las vinculaciones de medicina popular y catolicismo han sido señaladas a propósito del curanderismo, cuya investigación ha sido motivada, como reconoce Perdiguero (1996), por el desinterés de la medicina científica, que trata así de desvincularse de tales saberes y prácticas. Pero como Lisón (1990) y Comelles (1993), Perdiguero afirma la continuidad entre ambas medicinas del lado de los agentes en sus itinerarios, al igual que hace Briones en su análisis sobre la construcción social del curandero, a quien le reconoce su espacio en la oferta del pluralismo médico, asociado a posiciones subalternas: las trayectorias de los caminos asistenciales dependen de situaciones socioeconómicas y culturales (Briones, 1996). Para Perdiguero, el curanderismo ofrece unas posibilidades de curación que no rompen con el catolicismo, ya que el primero la explica por mediación de agentes divinos, fuente de su «poder» o «gracia» (Briones, 1996; De las Heras, 2014) y para la segunda, como se ha señalado más arriba, es una posibilidad aceptada bajo la forma de milagro

15 La noción de «medicina popular» fue acuñada por la medicina científica a finales del XIX con la voluntad de aculturar saberes y prácticas populares sobre la salud y la enfermedad, así como para autolegitimarse en su modelo universal, asocial, ahistórico, biologicista y práctico (Comelles y Martínez Hernández, 1994; Comelles, 1996) y posicionarse, desde una perspectiva evolucionista, como la superación de aquella medicina «mágica». Medicina popular y científica conviven en los itinerarios asistenciales, lo que cuestiona para Comelles (1993) dicha superación.

(Perdiguero, 1996). El curanderismo se sitúa entre la medicina y la religión; es crítico y se aleja de la medicina hegemónica y el catolicismo oficial; busca una salud holística; conjuga remedios empíricos, simbólicos y sobrenaturales (Briones, 1996), pero como expone Riccò (2014), también puede encontrarse vinculado a otros repertorios de creencias. Su informante curandero usa la fitoterapia, las terapias manuales, la «energía» desde una cosmovisión espiritista, la escucha del asistible y la «videncia» con tarot, que Riccò interpreta como una influencia de la new age. Esto evidencia el carácter adaptativo de la medicina popular, cuya adjetivación de «tradicional» desborda el par viejo/nuevo (Riccò, 2014). La ontología espírita y el movimiento new age generan formas propias de intervenir en el proceso salud, enfermedad y atención; la primera puede incluir además prácticas de medicina popular, mientras que la new age suele estar asociada a las medicinas alternativas y complementarias¹⁶ en un espacio difuso en que prácticas y creencias espirituales y de salud se confunden y que Cornejo y Blázquez (2013), siguiendo a Heelas y Woodhead (2008), denominan «ambiente holístico», por el que transitan agentes críticos con la institucionalización de la biomedicina y las religiones monoteístas, el reduccionismo materialista de la primera y el trascendentismo de las segundas (Cornejo y Blázquez, 2013: 12). Algo característico de la new age, que se sostiene sobre la creencia en una energía universal y que establece un continuo con la materia, es su espiritualidad subjetiva y terapéutica, que difiere de aquella del «dominio congregacional» (Heelas y Woodhead, 2008), y que habría adquirido ese carácter por la influencia de la psicología y el Movimiento del Potencial Humano; una espiritualidad animada por la búsqueda de la autorrealización mediante la transformación o sanación individual, para lo que se adopta una actitud de búsqueda y experimentación como criterio de validación (Cornejo y Blázquez, 2013: 18), y que ha llevado a presentarla, en su contemporaneidad, relacionada con el neoliberalismo (Blázquez et al., 2014b: 4490-4492). El «ambiente holístico» en el

16 En adelante, MAC.

Estado español es subalterno, tanto por la *new age* como por las MAC. La primera, por fundamentarse en la mera individualidad y rechazar la institucionalización; y las segundas, porque como sucede con la noción de «medicina popular», son definidas por la medicina científica para agrupar técnicas y terapias de atención y cuidado que esta establece a su margen (Cornejo y Blázquez, 2013), lo que no impide que se las apropie si es preciso, lo que resulta además en una regulación profesional tardía e incompleta y un estatus legal deficiente (Albert, 2014). Dicha subalternidad se expresa en la dependencia de los modelos hegemónicos religioso y médico, desde las prácticas, por agentes que decepcionados con la biomedicina transitan al ritual o especialistas terapéuticos que buscan legitimarse adoptando protocolos biomédicos, pero también desde la teoría, al recurrir a la dicotomía de los campos salud / experiencia religiosa para describir un campo emergente (Blázquez et al., 2014b: 4487-4488).

A la relación entre espiritismo y medicina popular han aludido Reviriego (1992) y Ferrándiz (2004), la primera en un amplio estudio sobre el espiritismo en una localidad alicantina y el segundo en su monografía sobre el culto venezolano de María Lionza. Según Reviriego, la ontología del espiritismo en Villena soporta un sistema sanitario-asistencial propio, compatible con la medicina científica, con agentes y colectivos que comparten una concepción de la realidad: curanderos o «facultades», comunidades de practicantes, una asociación legalmente constituida de espiritistas, y asistibles que buscan sanar tras la decepción biomédica, como en los casos mencionados de Lisón (1990) y Perdiguero (1996). Los curanderos espíritas también responsabilizan de su «poder» o «gracia» a seres sobrenaturales, que en este caso no proceden del panteón católico (Perdiguero, 1996; Briones, 1996; De las Heras, 2014), sino que se trata de espíritus. Dicha «gracia», junto con la destreza en el uso de las prácticas terapéuticas de la medicina popular¹⁷ los

17 Fitoterapia, manipulación corporal, imposición de manos y prescripción de medicamentos farmacéuticos;

legítima socialmente. Por tanto, en este sistema los asistibles pueden recibir asistencia terapéutica en la interacción con el curandero, pero también en los «trabajos» de los «centros» —rituales espirituales conjuntos de curanderos y seguidores de la «vida espiritual»— y la asociación. Los «trabajos» se justifican desde la creencia en la influencia de los espíritus sobre las personas, que puede ser benéfica o, al contrario, producir desórdenes; durante su celebración, los médiums encarnan espíritus con los que se establecen diálogos para pedirles información o favores, se eliminan espíritus de influencia perjudicial para los asistibles y se ayuda a espíritus oscuros en su «camino hacia la luz» (Reviriego, 1992). La «materia» o médium del culto marialioncero también practica remedios empíricos y simbólicos clasificados como «medicina popular», tanto fuera del trance como durante el mismo, en este caso, es el espíritu quien actúa en el marco ritual de la «velación», espacio simbólico y sensorial, elaborando diagnósticos o aplicando remedios para la enfermedad (Ferrándiz, 2004: 74). El culto, «agencia religiosa de curación mística» (Ferrándiz, 2004), configura una forma de vida de las clases subalternas en Venezuela. Es un medio que posibilita la subsistencia de las «materias» en redes de economías informales y a su vez una opción terapéutico-asistencial del pluralismo médico estatal ante las desigualdades de acceso a los recursos biomédicos de la población (Ferrándiz, 2004). Son varias las «cortes» de espíritus que ejercen prácticas curativas, entre las que destaca la «médica» por su prestigio. Dominada por espíritus de médicos científicos célebres en el país, no solo «bajan» en trances convencionales, también atienden en «hospitales místicos» en los que se recrea el espacio, la indumentaria, la burocracia, la autoridad y el discurso biomédicos. La biomedicina coloniza el culto, secularizando la tradición religiosa, pero también el culto reencanta el modelo hegemónico de curación (Ferrándiz, 2004: 167). Para Ferrán-

técnicas con las que se hace frente a «síndromes culturalmente delimitados» (Comelles, 1994: 31), afecciones de la piel o lesiones musculoesqueléticas (Reviriego, 1992: 90-94).

diz, que emplea la noción de respuesta asistencial a la «misfortune» de Worsley (1982), el espiritismo venezolano amplía el área de atención de la enfermedad de la medicina científica, que se limita a la dimensión biológica, integrando las dimensiones sociales del sufrimiento (2004: 164). Sánchez-Carretero (2008) apuntala la idea del espiritismo como sistema terapéutico de creencias y prácticas; en su investigación, califica el vudú dominicano como culto médico por resultar las consultas y fiestas de agradecimiento las principales actividades de sus centros. En su análisis de las relaciones entre «portadoras de misterios» dominicanas y mujeres españolas en Madrid a las que asisten por medio del tranche Sánchez-Carretero destaca, como hiciera Lisón (1990), cómo el paso de las asistibles de la lógica científico-positivista a la religiosa las permite interpretar el mal que las aqueja, desde donde pueden sanar (Sánchez-Carretero, 2008), lectura que ha seguido Ariza (2014) en su investigación sobre el proceso s/e/a en la Iglesia de Santo Daime, en la que la ayahuasca es el sacramento que genera comunidad. Los fieles del Daime entienden que la enfermedad es espiritual, un desequilibrio energético, y en virtud del continuo espíritu-materia, sanar espiritualmente deviene en la curación de la persona, lo que alcanza toda manifestación corporal (Ariza, 2014), algo que también ha señalado López-Pavillard respecto al chamanismo altoamazónico (2014, 2015). La racionalidad del sistema de creencias chamánico se asienta sobre una concepción energética –espiritual– de la realidad, una ontología propia en la que el chamán es un mediador entre los mundos espiritual y humano. La finalidad del chamanismo es la sanación, y esta se concibe como una acción espiritual y permanente que repercute en la dimensión corporal de la persona. Para el chamán, la vida en relación con la ayahuasca es un camino de sanación, o dicho de otro modo, un camino de perfeccionamiento del ser (López-Pavillard, 2015).

3.2. Problemática de investigación

Vistas las investigaciones hasta la fecha, no parece que el proceso s/e/a en los cristianismos minoritarios del Estado español haya sido un objeto

de estudio con entidad propia desde la antropología social. La excepción son las aportaciones sobre pentecostalismo, donde las cuestiones relacionadas con la enfermedad y la salud han servido para explicar los procesos de conversión (Cantón, 1996, 1998; Marcos, 1999; Vallverdú, 2007), así como se las ha implicado en las dinámicas de construcción identitaria, al proveer del marco ético-normativo desde el cual emprender un programa de reforma corporal con el que revertir el estigma a la vez que se afianzan las características étnicas (Mena, 2007, 2008). Pero no está cubierto el espectro de esos otros cristianismos en los que los agentes experimentan cambios de estado, de la enfermedad a la sanación, en procesos que incluyen a especialistas rituales, agentes divinos y el conjunto de la feligresía, en los que se hace uso de técnicas específicas en conjunción con creencias, prácticas, discursos, representaciones e interacciones que soportan sus lógicas culturales específicas, en las que las concepciones corporales y sus diversos estados están provistas de unos sentidos propios.¹⁸

Asimismo, que el conocimiento de los procesos terapéuticos y las concepciones sobre la salud asociados a movimientos religiosos y espirituales se asiente también desde nuestra disciplina en las prácticas y creencias del catolicismo y medicina «populares», de la new age y las MAC, del chamanismo, de Hare Krishna y de ciertas declinaciones del espiritismo es una contribución valiosa para definir

18 El índice de *Confesiones minoritarias en España. Guía de entidades y vademécum normativo* recoge la variedad cristiana más allá del catolicismo: comunidades anglicanas, ortodoxas, de testigos de Jehová, adventistas, de mormones, de cristianos independientes y evangélicas, entre las que pueden mencionarse las bautistas, carismáticas, presbiterianas, pentecostales, de asambleas de hermanos e interdenominacionales, por citar algunas de ellas (Mantecón, 2004). Dicha diversidad cristiana es un hecho en la ciudad y Comunidad de Madrid (López García et al., 2007). De estas, se ha señalado que entre adventistas, pentecostales, bautistas y mormones (Bloom, 1993) y cristianos científicos (Peel, 1988) hay una atención institucionalizada, variable y diversa, al proceso s/e/a. También la hay entre carismáticos católicos (Csordas, 1997; Franco, 2010), movimiento minoritario dentro de la Iglesia católica.

el panorama de los pluralismos religioso y médico, para comprender cómo en la modernidad otras lógicas sobre el cuerpo, la enfermedad y la salud conviven con modos hegemónicos, y cómo en nuestra época se asiste a una transformación cultural también en ese ámbito. Pero esto no hace sino evidenciar que resulta necesaria la aportación, desde la investigación de la cultura, de la realidad social de esos otros cristianismos de minorías que pueden, por su condición, ser obviados a la sombra de un catolicismo mayoritario.¹⁹ Para ello se propone hacerlo con

19 En la actualidad, los lugares de culto católicos en el Estado español suponen un 78,65 % del total, seguido del 12,22 % de los evangélicos, 4,54 % de los musulmanes, 2,41 % de los testigos de Jehová, 0,61 % de los ortodoxos, 0,47 % de los budistas, 0,40 % de los mormones y 0,11 % de los judíos. Esta desigualdad se replica en el Madrid urbano (Observatorio del Pluralismo Religioso en España, junio 2015). Del total de lugares de culto de las minorías, las confesiones evangélicas suman aproximadamente la mitad de ellos, 3.441, en los que el Observatorio incluye los 108 adventistas (según Office of Archives, Statistics, and Research, 2010) pero no los siete de la Iglesia de Cristo, Científico, ya que se la considera «independiente» (Mantecón, 2004: 23), que es precisamente como se clasifica a la Iglesia adventista en otros estados-nación, a diferencia de en España. Esta singularidad radica en que la Iglesia forma parte de la Federación de Entidades Religiosas Evangélicas de España (FEREDE), lo que ha de leerse desde la iniciativa adventista por su búsqueda de legitimidad, en lo que contribuyó en gran medida que años más tarde FEREDe suscribiese acuerdos de cooperación con el Estado en 1992. Sin embargo, la Iglesia adventista se acerca más a la definición de «iglesia cristiana independiente», al no ajustarse a la doctrina ni la organización de las iglesias surgidas de la Reforma ni reconocerse en sus denominaciones derivadas (cf. «Independientes», en http://www.observatorioreligion.es/diccionario-confesiones-religiosas/glosario/independientes_.html, última visita, 15/08/2015). Por otro lado, Renovación Carismática Católica cuenta en el Estado español con al menos 421 grupos de oración, resultado de la suma de dos colectivos, Renovación Carismática Católica en España (cf. «Grupos de oración» en <http://www.rcc-es.com/grupos-de-oracion.html>, última visita, 15/08/2015) y Renovación Carismática Católica en el Espíritu (cf. «Otros grupos RceE» en https://dl.dropboxusercontent.com/u/66449790/2011/03/Directorio_RC-CeE.pdf, última visita, 15/08/2015), y que suponen una pequeña parte —entendiendo que los grupos de oración hacen uso de los lugares de culto de la Iglesia católica— de los 23.098 lugares de culto católicos en España.

tres comunidades: Renovación carismática católica, Iglesia de Cristo, Científico e Iglesia adventista del Séptimo Día.

3.2.1. «Comunidades religiosas terapéuticas»²⁰

En 1967, profesores católicos de la Duquesne University, en Estados Unidos, estimulados por la recuperación del cristianismo primitivo e influidos por lecturas pentecostales se suman al grupo de oración de una de estas iglesias y reciben algunos de sus carismas. Deciden que sus experiencias no son incompatibles con su fe, por lo que ponen en marcha un grupo de oración con alumnos, a los que imponen las manos y bautizan en el Espíritu. Surge así la que será conocida como Renovación carismática católica,²¹ que se extiende con rapidez (Thigpen, 2003). El Concilio Vaticano II (1962-1965) había propiciado estos acontecimientos al apostar por la renovación institucional por medio del Espíritu Santo y la participación activa de los laicos, y al expresar un posicionamiento favorable al ecumenismo. El concilio también reconoció la importancia de los dones carismáticos y su legitimidad entre los pentecostales, lo que permitía aceptar las formas rituales de estos grupos entre los católicos (Csordas, 1997; Thigpen, 2003).

En la actualidad RCC es un movimiento consolidado a escala global (Berberían, 2002). Organizado en grupos de oración, en ellos el protagonismo

20 Para Pasqualino, los «movimientos religiosos con funciones terapéuticas» son colectivos de fieles que se caracterizan por una participación emotiva intensa en sus ritos, y en los que tales emociones se construyen con la experiencia, a nivel individual, de la divinidad. Pasqualino no duda en denominarlos «cultos de curación» (1996: 171). Briones (1996: 569) ha evidenciado también el uso de la expresión «comunidad religiosa terapéutica» en Kleinman (1980: 333-352), quien califica así al tâng-ki taiwanés en su estudio de caso sobre uno de sus fieles, que supera una enfermedad mediante la sumisión al dios de ese culto religioso. Se adopta la expresión para este proyecto por su carácter descriptivo para las tres unidades de la muestra, aunque solo un futuro análisis posterior a un trabajo de campo podría confirmar la validez de atribuirles tales «funciones terapéuticas».

21 En adelante, RCC.

recae en los laicos, lo que junto con la importancia de los carismas comparte con el pentecostalismo, y como en este, de la suma de ambas circunstancias se deriva el contacto individual del fiel con lo sagrado. Los carismas de la RCC proceden en su forma de los carismas pentecostales, si bien han generado unas prácticas rituales propias. Uno de ellos es el de sanación y se emplea frente a enfermedades físicas, emocionales o para liberar de entidades malignas, lo que coincide con los ámbitos en los que los ministros sanadores suelen especializarse (Csordas, 1997). Según Csordas (1997), en la RCC estadounidense la sanación está presente en a) servicios religiosos públicos en iglesias, que pueden estar precedidos por una misa, en los que el ministro sanador bendice a los congregados y les impone sus manos sobre cabezas y hombros, dirige un sermón sobre la sanación divina, solicita al auditorio testimonios de curación y atiende a los fieles que se dirigen al escenario. Mientras estos rezan, el ministro los unge con aceite y les impone las manos para curar sus dolencias;²² b) grupos de oración, en los que se dedica un tiempo cada semana a las oraciones de sanación. Algunos grupos cuentan con ministros que, a solas con quien lo solicite, mientras el resto del grupo sigue reunido, hablan, escuchan, imponen sus manos y piden curación; algo que se da del mismo modo en los c) servicios privados cara a cara entre el sanador y el asistible. En su investigación, una tercera parte de los sanadores carismáticos están formados y se emplean profesionalmente en el área de la salud (Csordas, 1997: 27-28), y algunos fieles reconocen recurrir tanto a la sanación carismática como a la biomedicina. Desde un enfoque fenomenológico, a partir de la noción de Merleau-Ponty sobre lo «preobjetivo» y la teoría de la práctica de Bourdieu, Csordas desarrolla su teoría de la «corporalidad» (*«embodiment»*) con la que explica la racionalidad de la sanación carismática poniendo el acento en el cuerpo y el yo. Entendiendo el cuerpo como soporte de la cultura, las

22 El servicio religioso público estadounidense se asemeja formalmente y en su secuencia ritual con la «misa de sanación» del movimiento carismático en Venezuela, a partir de su descripción por Franco (2010).

creencias de participación del fiel con lo sagrado posibilitan la sanación (Csordas, 1997). Retoma aquí y lleva más allá su teoría de los «modos de atención somáticos» (*«somatic modes of attention»*), elaboraciones culturales de relación sensorial del individuo con el mundo que lo rodea (Csordas, 1993). El fiel aprehende su realidad ya desde la creencia en la que ha sido, y se mantiene, enculturado, desde sus *habitus*. La relación del fiel con su cuerpo está modulada por su contacto con lo sagrado, lo que incluye la enfermedad, el sufrimiento, la influencia maléfica. Es por eso que Csordas (1997) adjetiva el yo carismático como un «yo sagrado».

Según Peel (1988), la Iglesia de Cristo, Científico²³ también construye discursos, representaciones y prácticas que se enmarcan en el proceso s/e/a, y le son tan centrales que podría decirse que componen su cosmología. La Iglesia surge en Boston en 1879 como institucionalización de las enseñanzas que Mary Baker Eddy impartía desde hacía más de una década y que ella denominaba «Ciencia Cristiana», nombre con el que actualmente se reconoce tanto su sistema de creencias como su disciplina de sanación espiritual. En la lógica de la Iglesia impera una ontología monista. La única realidad es el espíritu y el mundo es un error de consciencia, por lo que cuerpo y percepciones, enfermedad, sufrimiento, dolor y muerte solo son mistificaciones. La intención de la ICC es facilitar que el fiel comprenda la realidad espiritual y abandone el pecado, la falsedad mundana. Con la Ciencia Cristiana el devoto puede sentir que su cuerpo sana de la enfermedad, pero esto no es más que un epifenómeno; el verdadero estado de salud es la entrega absoluta a Dios. De acuerdo con Peel (1988), la Ciencia Cristiana es en Estados Unidos un sistema de atención alternativo a la biomedicina en el que no se recurre a fármacos ni terapias físicas de ninguna clase y en el que están implicados a) pacientes; b) practicistas, que durante varias sesiones los acompañan, conversan con ellos, leen pasajes de la Biblia y de la obra de la fundadora, *Ciencia y Salud con la Llave de las Escrituras*, y les

23 En adelante, ICC.

administran la oración de sanación; c) enfermeros, que cuidan de las necesidades prácticas de los pacientes y también rezan, aunque solo para sostener su esfuerzo espiritual, y d) comunidad, que puede visitar a los pacientes y apoyarlos emocionalmente.

Esta ontología que rompe con el cartesianismo podría relacionarse con las interpretaciones que para otros sistemas de creencias como el chamanismo amazónico y el espiritismo han señalado López-Pavillard (2015), Ariza (2014) y Reviriego (1992), en los que la sanación es entendida, de manera unívoca, como prácticas sobre el espíritu, que busca restituirlo a un estado armónico con su esencia radical, y de las que se beneficiará el cuerpo de manera añadida.

El origen de la Iglesia adventista del Séptimo Día²⁴ se encuentra entre metodistas decepcionados con la profecía milenarista de William Miller (1782-1849) para 1844, que reinterpretan. Asumen que esta se ha cumplido, mas en el «santuario celestial», y que la segunda venida de Cristo es inminente, por lo que han de prepararse espiritualmente: instituyen la observancia del sábado, abogan por el retorno a un cristianismo primitivo e incorporan parte de las prescripciones alimentarias del judaísmo, así como el compromiso con la abstención del tabaco, el alcohol y las drogas (Bloom, 1993). En 1863 Byington funda la IASD en Battle Creek, Michigan, aunque Ellen G. White (1827-1915) prevalece por sus escritos, que componen la teología original adventista (Editorial Safeliz, 2003). A día de hoy, la Iglesia reconoce que «sanar» es uno de sus tres principios de acción, lo que incluye tanto la «prevención de la salud» como la curación de enfermos. La primera se articula sobre la «reforma prosalud», conjunto de principios diseminados en los textos de White que incluye recomendaciones alimentarias —algunas de ellas, relacionadas con Levítico, 11—, entre las que se sugiere la abstinencia de carne, y hábitos corporales: rechazo de tabaco, alcohol y drogas; ejercicio físico, reposo, exposición al sol y oración. En conjunto, es lo que los fieles denominan su «estilo de vida

24 En adelante, IASD.

adventista» (Editorial Safeliz, 2003). Nath (2010: 358) ha ubicado en el origen de estos principios la influencia de movimientos de reforma de la salud del XIX en Estados Unidos para los que la dieta no solo favorecía la salud, sino que modelaba la moral; e interpreta los vínculos adventistas entre creencias religiosas, alimentación y culto desde la noción de «bioespiritualidad» (Nath, 2010: 357): las elecciones nutricionales de los devotos manifiestan literalmente la fe, lo que desborda el rito y se extiende a la vida cotidiana. Esas elecciones las soportan convicciones religiosas; cuidar el cuerpo es una manera de complacer a Dios.²⁵ El «estilo de vida adventista» no es una obligación, sino una tradición, con la que los fieles moldean su «identidad» mediante unas prácticas en las que usan su cuerpo, y que justifican por medio de sus creencias religiosas. En este contexto, «mente saludable» y «cuerpo saludable» se han de leer desde una lógica propia, en la que «salud» denota unos sentidos para el culto y la fe cotidianos (Nath, 2010: 364).

Una característica de los NMR y minorías religiosas contemporáneas es el manejo de imaginarios en los que tiene sentido creer que se puede alcanzar el alivio de la enfermedad, lo que se instrumentaliza en algunos de ellos en orientaciones terapéuticas, que pueden mantener tenues conexiones —o ninguna— con la medicina científica (Beckford, 1985). En este sentido, de entre ellos, el adventismo es único por su involucración con la biomedicina (Bull, 1990: 257), ya que la administra en sus clínicas, centros hospitalarios y de reposo, en los que la mayor parte de sus profesionales biomédicos son devotos.²⁶ Bull

25 I Corintios, 3: 16-17: «¿No sabéis que sois templo de Dios y que el Espíritu de Dios habita en vosotros? Si alguno destruye el templo de Dios, Dios le aniquilará. Porque el templo de Dios es santo, y ese templo sois vosotros». Con esta cita una adventista justificaba «cuidar» su cuerpo: alimentación, abstinencia de alcohol y drogas, pero también de relaciones sexuales numerosas. «Entrevista a Rosalía», *Diario de campo IASD*.

26 La IASD era en 1990 el séptimo sistema médico más extenso de Estados Unidos (Bull, 1990: 252). En el año 2010, el número de profesionales médicos adventistas que había trabajado en la red sanitaria mundial ascendía

sigue el enfoque de Stark y Bainbridge (en Bull, 1990: 250) sobre el proceso de secularización, que entienden no como una desaparición de lo religioso, sino como un mecanismo por el que las formas religiosas se mantienen al redistribuir sus funciones en otras nuevas en el espacio social. La Iglesia adventista habría optado por posicionarse del lado de la biomedicina en el proceso de secularización y medicalización no para desaparecer como institución religiosa, sino para, ligada a la medicina alopática, asegurarse su continuidad (Bull, 1990: 249-256).

Los diversos enfoques teóricos desde la antropología social relacionados con estas comunidades suponen un punto de partida epistemológico para profundizar empíricamente en las concepciones sobre salud y enfermedad y prácticas terapéuticas de la muestra. De ellos se extrae su coincidencia sobre la centralidad del cuerpo, instrumento de relación con el mundo y la idea de lo sagrado, como en las teorías csordasianas de la «corporalidad» (1997) y los «modos de atención somáticos» (1993); cuerpo como herramienta mediante las prácticas que lo modelan, como en la noción de «bioespiritualidad» de Nath (2010); o que puede quedar relegado frente a la concepción de ser como espíritu, aunque se beneficie de las actuaciones sobre este (Reviriego, 1992; Ariza, 2014; López-Pavillard, 2015). El cuerpo también, mediante la discursividad del testimonio de sanación, se usa como prueba tangible de la acción de la divinidad; con el cuerpo se representa la convicción de la adecuación a las pautas comunitarias (Cantón, 1996, 1998; Marcos, 1999; Vall-

a 112.578 personas (Office of Archives, Statistics, and Research, 2010: 7). Esta realidad, sin embargo, no afecta al Estado español. El único intento documentado de institución médica se vio «frustrado»: el Instituto Clínico de Fisioterapia de Madrid, inaugurado en 1952 con fondos adventistas, fue clausurado por orden gubernativa al año siguiente. Contaba con una sección de medicina interna y cirugía general, un laboratorio de análisis, hidroterapia, masaje y radiología. Quince días después reabrió sus puertas, y en 1954 amplió sus especialidades a la obstetricia y ginecología. Ante las pérdidas económicas, poco después cerró de manera definitiva (Editorial Safeliz, 2003: 160-161).

verdú, 2007), a su vez que se instrumentaliza para reproducir socialmente la «estructura de plausibilidad» del colectivo (Berger, 2006).

3.2.2. Posiciones

Como puede observarse, las formas de atención y concepciones sobre sanación y salud difieren en estas comunidades religiosas, lo que puede interpretarse como un aspecto más de la diversidad empírica de estos casos, y algo que a su vez resulta representativo de la heterogeneidad del conjunto cristiano. Incidir en el conocimiento de las declinaciones respecto al proceso s/e/a en estos colectivos supone dar un paso en el reconocimiento del pluralismo médico de nuestra sociedad, y para hacerlo, la investigación etnográfica, que atiende a las particularidades mediante el análisis de la cultura, puede ayudar en su consecución. Pero en primer lugar, cualesquiera que estas variaciones sean, parecen coincidir en algo: estar relacionadas con la medicina científica, que domina las definiciones de la realidad sobre el proceso s/e/a, consolidada en lo que Menéndez (1983, 1984a, 1984b) denomina el «modelo médico hegemónico», modelo abstracto que constituye un espacio ideológico de reconocimiento y eficacia en cuyo interior se producen actividades y técnicas específicas que opacan funciones de control y normatización, y que ignora la racionalidad de las clases subalternas frente a los intereses de las clases dominantes (Menéndez, 1984b: 72). Este modelo considera la salud/enfermedad como mercancía, escinde entre teoría y práctica y fomenta la profesionalización formalizada. Es biologicista, individualista, ahistórico, asocial, acultural y secular; se identifica ideológicamente con la racionalidad científica y la eficacia pragmática; es curativo y no preventivo; excluye el saber del paciente, al que subordina; desigual en términos de clase (Menéndez, 2005) y condición de posibilidad de la «medicalización».²⁷ El modelo médico hegemónico no acepta

27 El término refiere al proceso de desplazamiento de las competencias sobre lo que tradicionalmente había sido regulado por el orden de la moral y la ley hasta el orden médico, con lo que lo «desviado» pasa a ser «lo enfermo», y es la medicina la que debe tratarlo (Conrad y

de entrada otras formas de atención y cuidado. «La estigmatización y la negación de las otras “medicinas” constituye una estrategia en la cual el saber científico reduce el saber tradicional a la ignorancia, a la superstición y como consecuencia al riesgo iatrogénico» (Menéndez, 1984b: 81), lo que no obsta que pueda apropiarse de prácticas alternativas en su proceso de expansión (Menéndez, 1984a: 85; Albert, 2014; Saizar y Bordes, 2014).

La ICC le reconoce a la biomedicina su efectividad sobre la curación pero le dispensa sus reservas, pues aleja de su interés —la sanación espiritual—, aunque se cuida de no criticarla (Peel, 1988: 106). Entre los católicos carismáticos la biomedicina se considera una opción asistencial legítima, que se combina con aquella que el movimiento ofrece (Csordas, 1997); mientras que los adventistas recurren a ella para sanar y la fomentan institucionalmente (Bull y Lockhart, 1989), lo que se solapa con su uso de argumentos científicos sobre los beneficios del «estilo de vida adventista»²⁸ y la creencia en el poder de la oración sobre la enfermedad.²⁹ Lo que se observa es la coincidencia en cada comunidad de distintos «modelos médicos» (Menéndez, 1996) o «sistemas

Schneider, 1992).

28 «Miles de adventistas repartidos por todo el mundo han sido objeto de investigaciones llevadas a cabo por diversas entidades científicas. [...] Los resultados han sido publicados en más de ciento cincuenta artículos en revistas científicas de ámbito internacional. En todos ellos se pone de manifiesto que los adventistas que siguen el estilo de vida recomendado disfrutaban de un aumento significativo en su expectativa de vida, que según los diferentes estudios varía entre cuatro y nueve años más que el de la población general; y de una mejora importante en su calidad de vida: padecen un 41 % menos de casos de cáncer que el resto de la población, especialmente de pulmón, del colon, de estómago y de mama, igualmente tienen menos riesgo de padecer afecciones cardíacas (56 % menos), diabetes (61 % menos) y otras enfermedades» (Editorial Safeliz, 2003: 219).

29 En el trabajo de campo en la IASD he recogido varios testimonios en los que miembros de distinta posición en una misma iglesia expresan su convicción de la influencia de la oración en la recuperación de pacientes de cáncer, en fase de postoperatorio o aquejados de afecciones generales.

médicos» (Kleinman, 1980).³⁰ En la ICC, el proceso s/e/a parece dominado por sus propios saberes, la Ciencia Cristiana, sin espacio para la biomedicina. La sanación ritual en la RCC parece coexistir con ella, mientras que la IASD apostaría por la medicina alopática como sistema médico. Estas posiciones, pero también las que se mantienen respecto a la Iglesia católica, implican una condición de posibilidad para los fieles de los casos propuestos: la exposición a un etiquetaje social en razón de su diferencia, el estigma sectario. Esta es una forma específica de rechazo de seguidores de confesiones religiosas que en una sociedad no se asumen como propias a pesar de estar reconocidas legalmente,³¹ lo que procede de la subalternidad de estos grupos frente a posicionamientos hegemónicos (Prat, 2007). Por tanto, puede ser asignado a una confesión no alineada con el eclesiocentrismo, pero también a aquella que construya una lógica sobre la salud y la enfermedad excéntrica a la medicina alopática. La ICC se vería afectada por su alteridad respecto a ambos modelos hegemónicos, religioso y médico (Peel, 1988), en una suerte de «doble estigma» (López-Pavillard, 2015: 37). La IASD fomenta la biomedicina y es subalterna respecto al catolicismo. El movimiento de la RCC está reconocido por la ortodoxia vaticana, aunque genera desconfianza entre otros católicos no tanto por cuestiones de dogma, sino de forma (Ber-

30 De acuerdo con Kleinman (1980), un «sistema médico» es un conjunto de concepciones sobre salud y enfermedad en el que operan agentes con atribuciones específicas y prácticas terapéuticas. A su vez, los diversos sistemas médicos están comprendidos en un «sistema de atención en salud» que se restringe a un colectivo cultural determinado, sistema cultural en el sentido geertziano. Kleinman propone considerar la biomedicina como una etnomedicina más, un «sistema médico» como otros presente en «sistemas de atención en salud».

31 Tanto la ICC como la IASD están inscritas en el Registro de Entidades Religiosas del Ministerio de Justicia, lo que las dota de personalidad jurídica y reconocimiento legal de sus actividades de acuerdo a lo dispuesto en la Ley Orgánica 7/1980 de Libertad Religiosa. La IASD disfruta además de la condición de notorio arraigo (1984) y suscribió acuerdos de cooperación con el Estado (1992). La RCC es un movimiento católico y está sujeta, por tanto, a la situación legal de la Iglesia católica a todos los efectos.

berían, 2002), por su carácter híbrido, de influencia pentecostal, lo que incluye sus prácticas terapéuticas, alternativas a las biomédicas.

Resulta necesario conocer de qué modo estos planteamientos se ajustan o difieren de la realidad social de estos colectivos, en primer lugar, por la posibilidad de sufrir discriminación en razón de la diferencia, que en ese caso debe resultar evidenciada, pues el ordenamiento jurídico del Estado garantiza el derecho al ejercicio de la libertad religiosa y el derecho a la salud. Pero también, y como se ha señalado previamente, para ampliar el conocimiento del pluralismo médico y también religioso. Una investigación cualitativa posibilita atender el proceso s/e/a en estas iglesias en su dimensión cultural (*illness*), desde la perspectiva de los agentes, dándoles el protagonismo sobre la narración de sus formas de enfermar y sanar, dando la palabra a asistibles y sanadores, en lo que Kleinman (1980) denomina «modelos explicativos» (*«explanatory models»*), lo que posibilita comprender sus propios «sistemas médicos». Adoptar esta posición epistemológica permite completar la limitada explicación biomédica de la enfermedad (*disease*), que refiere a «anormalidades en la estructura y/o funciones de los órganos y los sistemas de los órganos [...] estados patológicos que son o no culturalmente reconocidos» (Young en Comelles y Martínez Hernández, 1993: 58). Desde la óptica de la cultura, la biomedicina es un sistema médico más, como lo es un sistema médico nativo de una comunidad religiosa, todos ellos comprendidos en el «sistema de atención en salud» (*«health care system»*) (Kleinman, 1980). A esto habría que añadir la aportación de Young (en Martínez Hernández, 2011: 112-113), para quien la antropología no debe detenerse en las concepciones nativas de la enfermedad (*illness*), sino que su obligación es reconocer las fuerzas sociales, económicas, políticas e ideológicas que intervienen, es decir, profundizar hasta la dimensión social (*sickness*) de la enfermedad.

Asimismo, y como han señalado investigaciones ya mencionadas (Lisón, 1990, 1996; Reviriego, 1992; Briones, 1996), la observación de los «itine-

rarios asistenciales» (Comelles y Martínez Hernández, 1993: 45) permitirá reconstruir las dimensiones del pluralismo asistencial entre los fieles, revelando el uso de los distintos sistemas médicos, qué circunstancias lo modulan, a qué responden las elecciones y cómo se establecen las trayectorias. Tal vez eso haga visible una diversidad de necesidades sobre la aflicción y el sufrimiento, no solo biológicas, sino también culturales y sociales (Worsley, 1982) que una medicina solo centrada en la dimensión corporal no puede satisfacer.

3.3. Objetivos

3.3.1. Objetivo general

Conocer los distintos aspectos relacionados con el proceso s/e/a de tres casos representativos de comunidades religiosas cristianas y minoritarias (RCC, ICC e IASD) en la ciudad de Madrid.

3.3.2. Objetivos específicos

- a). Identificar en discursos, prácticas y representaciones de los fieles de cada uno de los tres colectivos las concepciones particulares sobre enfermedad, sanación y salud; así como subrayar las posibles convergencias/divergencias entre ellas en los casos del conjunto.
- b). Describir las prácticas terapéuticas de manera empírica, con atención especial no solo a los procedimientos, sino también a los agentes implicados y sus funciones respecto a ellas.
- c). Reconocer los posibles sistemas médicos que fluyen en cada uno de los casos de la muestra, con especial interés en aquellos que supongan sistemas nativos. Dar cuenta, a partir de las prácticas de los agentes, de las circunstancias en que se recurre a uno u otro sistema médico y de los discursos en que los agentes se apoyan para sus elecciones.
- d). Detectar los conflictos que puedan suscitarse en el espacio social tanto dentro como fuera de las comunidades religiosas objeto de la mues-

tra, y tanto entre agentes como entre instituciones, derivados del ejercicio de las prácticas de los fieles en el proceso s/e/a. En relación con esto, observar tales disputas desde los marcos legales del derecho de libertad religiosa y del derecho a la salud, para exponer, desde la realidad empírica de cada caso, sus garantías, límites e insuficiencias.

3.4. Hipótesis

- a). Frente a la concepción weberiana de la modernidad, entendida como una época y un proyecto caracterizados por la separación en distintas «esferas de valor» de la ciencia y la religión, la realidad social evidencia que los ámbitos médico y religioso intersectan en algunos puntos de sus límites (Blázquez et al., 2014b: 4485). Esto se constata en comunidades religiosas que hacen uso de la racionalidad científica de la biomedicina en sus sistemas de creencias, la instrumentalizan para evidenciar sus limitaciones frente al poder de lo sagrado o la toman como modelo formal para elaborar lógicas propias en un orden sobrenatural de la realidad.
- b). Las concepciones sobre enfermedad y salud, prácticas para intervenir sobre ellas y agentes implicados en su administración y recepción componen, en los casos propuestos para la muestra, sistemas médicos propios que divergen del sistema médico hegemónico en la modernidad, la biomedicina, y en los que el factor de la creencia religiosa es determinante. Mediante la observación de los itinerarios terapéuticos de los fieles se puede reconocer la función de cada uno de estos sistemas médicos, cuyo alcance puede desbordar mitigar el sufrimiento tanto desde una perspectiva biológica como cultural y social, y responder además a otras lógicas como las de la construcción identitaria o el mantenimiento de las estructuras de plausibilidad de las comunidades religiosas.
- c). El catolicismo y la biomedicina son, respectivamente en el ámbito religioso y médico, modelos

hegemónicos en nuestra sociedad. Las diferentes relaciones de las comunidades religiosas objeto de la propuesta de investigación con esos modelos conllevan diferentes percepciones sociales de sus fieles, que pueden variar desde la aceptación a la extrañeza y estigmatización en razón de la distancia. En caso de diferir de ambos modelos, una comunidad religiosa sufrirá un doble estigma. En caso de divergir de uno de ellos, el desalineamiento con la Iglesia católica resulta más estigmatizante que la diferencia respecto a la biomedicina. Esto se explica por la presencia monológica secular del catolicismo en España, así como por la emergencia en las últimas décadas en nuestro país de otros sistemas médicos (e. g., medicina china) y los vínculos entre las creencias y la búsqueda de salud en relaciones entre fieles y seres sobrenaturales, sin la mediación de especialistas religiosos, en las prácticas del denominado «catolicismo popular», y de la responsabilidad última de seres sobrenaturales propios del sistema de creencias católico en las prácticas de la denominada «medicina popular».

4. ESBOZO DEL DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Universo de investigación

Esta investigación adopta la forma de un estudio de caso múltiple y comparativo, lo que responde a la necesidad de recabar datos empíricos de varias unidades diferenciadas con los que elaborar una aproximación a la realidad social de un objeto de estudio plural y diverso: el cristianismo minoritario y terapéutico. En cuanto que son varias las instituciones religiosas que responden a ambas circunstancias, es necesario corresponder metodológicamente con dicha multiplicidad de focos protagonistas. Se espera que la variedad de unidades de la muestra represente, de la mano de los agentes que conforman esos casos particulares, la complejidad de los vínculos de esa alteridad cristiana con las cuestiones relacionadas con el proceso s/e/a, para un mejor conocimiento del pluralismo médico en España, a la

vez que la investigación, en perspectiva comparada, puede ayudar a conocer mejor a tales instituciones de manera individual, lo que supone una aportación para la realidad del pluralismo religioso de nuestra sociedad. Para cada caso se contempla elegir al menos un colectivo de fieles, circunscrito a la forma de centro de culto y, en el caso de la RCC, a la de grupo de oración, puesto que la investigación parte de la perspectiva e interacciones sociales de los actores protagonistas, tanto formales como informales.

Los tres casos propuestos para el estudio han sido seleccionados de acuerdo con dos criterios. El primero es cumplir con unos rasgos fundamentales: tratarse de comunidades de fieles reconocidas legalmente por el Ministerio de Justicia español, lo que les garantiza el derecho al ejercicio de sus actividades de acuerdo a la Ley Orgánica 7/1980 de Libertad Religiosa; definirse a sí mismas como iglesias cristianas; encontrarse en situación de minoría religiosa y generar concepciones sobre la enfermedad y la salud y prácticas terapéuticas. El segundo es que expresen variedad de posiciones respecto al eje convergencia/divergencia de los dos modelos hegemónicos en el ámbito de las creencias y la salud, respectivamente; la Iglesia católica y la biomedicina. Con ello se pretende visibilizar una compleja casuística de alteridad/mismidad respecto a los modelos dominantes que nos hable de los distintos modos de percepción social que derivan de los posicionamientos combinados respecto a ellos. Es por eso que uno de los casos propuestos (ICC) diverge respecto a ambos, otro lo hace respecto a la Iglesia católica (IASD) y un tercero respecto a la biomedicina (RCC).

Se decide localizar la investigación en un contexto local, donde las unidades coexisten, lo que puede hablar de las respuestas variadas en el espacio del cristianismo entre un conjunto delimitado de población. La localidad seleccionada es Madrid, ciudad con mayor número de habitantes de la comunidad autónoma que presenta la mayor concentración de lugares de culto (Observatorio del Pluralismo Religioso, junio 2014) y más numerosa presencia de entidades pertenecientes o dependientes de las

confesiones religiosas del territorio español (García García, 2008: 482). Además, no desbordar los límites de una comunidad autónoma facilita la comparación entre casos de cara a los posibles conflictos que puedan detectarse entre el derecho al ejercicio de la libertad religiosa, estipulado en el ordenamiento jurídico estatal, y el derecho a la salud, regulado en el marco de las competencias de cada una de las comunidades autónomas españolas.

4.2. Técnicas de investigación

En cuanto que el interés de esta investigación reside principalmente en conocer desde la perspectiva de los agentes implicados el proceso s/e/a en los casos referidos, se propone adoptar en lo fundamental un enfoque cualitativo, idóneo para profundizar de manera holística en las variedades culturales de cada colectivo, así como para relacionar cada una de estos a partir de las distintas circunstancias que emerjan en el proceso de investigación. En consecuencia, se pondrá en práctica el método etnográfico, a desplegar por medio de sus técnicas principales: la observación participante y la entrevista en profundidad.

En la primera de ellas será necesario, tras una primera fase exploratoria en el campo, reconocer los espacios sociales de interés —formales e informales— de acuerdo con los objetivos iniciales fijados, y a partir de ahí, elaborar guías de observación específicas, siempre sujetas a reformulación. La presencia en el campo es fundamental para sumergirse en las dinámicas e interacciones socioculturales de las distintas comunidades, comprender sus culturas en sus contextos y reunir datos de primera mano sobre ellas. Asimismo, conlleva una actitud activa por parte del investigador, que se revela como lo que es, de manera descubierta, y deja a los agentes la posibilidad de controlar el modo de relación y apertura sobre su vida social que establecen con él. Este aspecto es determinante: al tratarse de una investigación con comunidades religiosas, las convicciones personales han de ser evidenciadas de manera honesta, en mi caso particular, desde la no creencia pero desde el respeto. Esto dirige al mismo fundamento de la

«observación participante», en cuanto que la técnica consiste no solo en dirigir la mirada, escuchar y conversar en el campo, sino también en la involucración con los agentes en sus prácticas, algunas de las cuales, en el caso de esta investigación, estarán animadas por las relaciones con lo sagrado. La participación produce conocimiento. Desde el descubrimiento de mi posición como no creyente, se dejará en manos de los fieles la decisión de mi participación o abstención en las prácticas que ellos estipulen, tras mi consentimiento a hacerlo, de manera fluida en el acontecer social.

Este devenir en el campo derivará por lo tanto en el contacto con algunos agentes, lo que puede conducir a esclarecer cuáles de ellos pueden resultar los más indicados según los objetivos para elaborar entrevistas en profundidad. Para esta técnica se propone adoptar en concreto la forma de conversación informal (Devillard et al., 2012), en la que prevalecen los intereses discursivos del entrevistado sobre las imposiciones del investigador, el «punto de vista nativo» a la «lógica práctica» (Devillard et al., 2012: 357), y se puede acceder a la perspectiva *emic* sobre las cuestiones de interés para los agentes a partir de asuntos cotidianos. Eso no obsta que las conversaciones no sean detenidamente preparadas mediante guiones, específicos para cada agente, y que versen sobre aspectos relevantes para el investigador, que pueden guiar el intercambio discursivo, pero no limitarlo, y que este ha de adaptar siempre en el marco del espacio que el agente ofrece.

Estas técnicas se complementarán con otros procedimientos como la recopilación y análisis de fuentes documentales nativas (bibliográficas, audiovisuales, de contenido web) con las que las comunidades comunican también sus discursos y representaciones, y que habrán de ser analizadas de acuerdo a sus respectivos contextos; así como la consulta de materiales cuantitativos —nativos y ajenos— sobre los casos de estudio, para obtener un adecuado conocimiento en perspectiva macro sobre los mismos, y documentos específicos sobre el derecho de libertad religiosa, el derecho a la salud y leyes de salud

pública, materias de nuestro ordenamiento jurídico implicadas en el objeto de estudio, de cara a poder reflexionar sobre posibles conflictos que se deriven de su práctica.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERT, María (2014): «La falta de regulación institucional de las medicinas integrales. Una primera aproximación desde la ciudad de Valencia». En Maribel Blázquez, Mónica Cornejo y Juan Antonio Flores, coords., *El reencuentro de salud y espiritualidad...* 4493-4518.

ARIZA, Raquel (2014): «El abrazo de ayahuasca. El proceso de conversión a mujer-medicina». En Maribel Blázquez, Mónica Cornejo y Juan Antonio Flores, coords., *El reencuentro de salud y espiritualidad...* 4536-4556.

AYALA, Ariadna (2008): «Culto, sanación y reconfiguración de valores tradicionales: la construcción de subjetividades coherentes con las estrategias de promoción de la salud». En Mónica Cornejo, Manuela Cantón y Ruy Llera, coords., *Teorías y prácticas emergentes en antropología de la religión...* 39-54.

BAKER EDDY, Mary (2011): *Ciencia y Salud con la Llave de las Escrituras*. Boston: The Christian Science Board of Directors [1875].

BECKFORD, James A. (1985): «The World Images of New Religious and Healing Movements». En R. Kenneth Jones, ed., *Sickness and Sectarianism. Exploratory Studies in Medical and Religious Sectarianism*. Vermont: Gower, 72-93.

BERGER, Peter (2006): *El dosel sagrado. Para una teoría sociológica de la religión*. Barcelona: Kairós.

BERBERIÁN, Samuel (2002): *Dos décadas de Renovación en América Latina. Un análisis histórico de la Renovación carismática en América Latina (1960-1980)*. Ciudad de Guatemala: Ediciones SÁBER. Recurso disponible en

http://www.prolades.com/documents/charismatics/berberian_renovacion02.pdf, última visita 15/09/2015.

BLÁZQUEZ, Maribel; CORNEJO, Mónica y FLORES, Juan Antonio, coords. (2014a): *El reencuentro de salud y espiritualidad: agencias, saberes y prácticas periféricas*. Actas del XIII Congreso de Antropología de la FAAEE, Tarragona.

BLÁZQUEZ, Maribel; CORNEJO, Mónica y FLORES, Juan Antonio (2014b): «El incómodo vínculo entre medicina y fe». En Maribel Blázquez, Mónica Cornejo y Juan Antonio Flores, coords., *El reencuentro de salud y espiritualidad...* 4485-4492.

BLOOM, Harold (1993): *La religión en los Estados Unidos. El nacimiento de la nación poscristiana*. México D. F.: Fondo de Cultura Económica.

BOURDIEU, Pierre (2006): «Génesis y estructura del campo religioso». *Relaciones. Estudios de historia y sociedad* 108, XXVII: 29-83 [1971].

BRIONES, Rafael (1996): «Convertirse en curandero. Legitimidad e identidad social del curandero». En José Antonio González Alcantud y Salvador Rodríguez Becerra, eds., *Creer y curar: la medicina popular...* 545-588.

BULL, Malcolm (1990): «Secularization and Medicalization». *The British Journal of Sociology* 2, 41: 245-261.

— y LOCKHART, Keith (1989): *Seeking a Sanctuary. Seventh-day Adventism and the American Dream*. Nueva York: Harper & Row.

CANTÓN, Manuela (1996): «“Curar y creer” en Guatemala. A la conversión religiosa (pentecostal) por la sanación física». En José Antonio González Alcantud y Salvador Rodríguez Becerra, eds., *Creer y curar: la medicina popular...* 457-481.

— (1998): *Bautizados en fuego. Protestantes, discursos de conversión y política en Guatemala (1989-1993)*. La Antigua: Centro de Investigaciones Sociales de Mesoamérica.

— (2008): «Secularización, extinción y el retorno de las religiones. Reflexiones desde la antropología social». En Eduardo Bericat, coord., *El fenómeno religioso: presencia de la religión y la religiosidad en las sociedades avanzadas*. Sevilla: Centro de Estudios Andaluces, 283-292.

— (2009): *La razón hechizada. Teorías antropológicas de la religión*. Barcelona: Ariel.

— (2011): «Políticas, resistencias y diásporas religiosas en perspectiva transcultural: gitanos evangélicos en España e indígenas católicos en México». *Revista de Antropología Social* 20: 77-107.

— (2013): «Ethnography of Religion, Ethnicity and Reflexivity. Evangelical Gitanos in Southern Spain». En José Mapril y Ruy Llera Blanes, eds., *Sites and Politics of Religious Diversity in Southern Europe*. Leiden: Brill Publishers, 359-379.

—; PRAT, Joan y VALLVERDÚ, Jaume, coords. (1999a): *Nuevos movimientos religiosos, iglesias y «sectas»*. Actas del VIII Congreso de Antropología de la FAAEE, Santiago de Compostela.

—; PRAT, Joan y VALLVERDÚ, Jaume (1999b): «Introducción: los científicos sociales españoles y las sectas». En Manuela Cantón, Joan Prat y Jaume Vallverdú, coords., *Nuevos movimientos religiosos, iglesias y «sectas»...* 7-22.

CARDÍN, Alberto (1982): *Los movimientos religiosos modernos*. Barcelona: Salvat.

CASANOVA, José (1996): «El “revival” político de lo religioso». En Rafael Díaz Salazar, Salvador Giner y Fernando Velasco, eds., *Formas modernas de religión*. Madrid: Alianza Universidad, 227-265.

— (2007): «La inmigración y el nuevo pluralismo religioso. Una comparación Unión Europea/Estados Unidos». *CIDOB d'Afers Internacionals* 77: 13-39.

CHRISTIAN, William A. (1978): *Religiosidad popular. Estudio antropológico en un valle español*. Madrid: Tecnos.

COMELLES, Josep María (1985): «Sociedad, salud y enfermedad: los procesos asistenciales». *Caneobre* 655 H: 71-83.

— (1993): «Mil agros, santos, vírgenes y médicos. La institucionalización del milagro en la Europa cristiana». En Oriol Romaní y Josep María Comelles, coords., *Antropología de la salud y de la medicina*. Actas del VI Congreso de Antropología de la FAAEE/ACA, Tenerife, 165-192.

— (1994): «El papel del sistema de salud en la configuración de la demanda de servicios». *El usuario como determinante de la oferta de servicios sanitarios*. Madrid: Dirección General de Planificación, Formación e Investigación. Consejería de Salud. Comunidad de Madrid, 29-41.

— (1996): «Fe, carisma y milagros. El poder de curar y la sacralización de la práctica médica contemporánea». En José Antonio González Alcantud y Salvador Rodríguez Becerra, eds., *Creer y curar: la medicina popular...* 301-336.

— y MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, Ángel (1993): *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. Madrid: Eudema.

— (1994): «La medicina popular. ¿Los límites culturales del modelo médico?». *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares* 2, XLIX: 109-136.

CONRAD, Peter y SCHNEIDER, Joseph W. (1992): *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Philadelphia: Temple University Press.

CORNEJO, Mónica (2001): «El debate actual sobre pentecostalismo». *Política y Sociedad* 37: 151-160.

— (2012): «Religión y espiritualidad. ¿Dos modelos enfrentados? Trayectoria postcatólica entre budistas Soka Gakkai». *Revista Internacional de Sociología* 2, 70: 327-346.

— y BLÁZQUEZ, Maribel (2013): «La convergencia de salud y espiritualidad en la sociedad postsecular. Las terapias alternativas y la constitución del ambiente holístico». *Revista de Antropología Experimental* 13: 11-30.

—, CANTÓN, Manuela y LLERA, Ruy, coords. (2008a): *Teorías y prácticas emergentes en antropología de la religión*. Actas del XI Congreso de Antropología de la FAAEE, Ankulegui.

—, CANTÓN, Manuela y LLERA, Ruy (2008b): «Introducción: la religión en movimiento». En Mónica Cornejo, Manuela Cantón y Ruy Llera, coords., *Teorías y prácticas emergentes en antropología de la religión...* 9-20.

CRAWFORD, Robert (1980): «Healthism and the Medicalization of the Everyday Life». *International Journal of Health Services* 3, 10: 365-388.

CSORDAS, Thomas J. (1993): «Somatic Modes of Attention». *Cultural Anthropology* 2, 8: 135-156.

— (1997): *The Sacred Self. A Cultural Phenomenology of Charismatic Healing*. Berkeley y Los Ángeles: University of California Press.

DE LAS HERAS, Jaime (2014): «Realidad y circularidad de la intervención espiritual en la sanación. El caso de La Manchuela albacetense». En Maribel Blázquez, Mónica Cornejo y Juan Antonio Flores, coords., *El reencuentro de salud y espiritualidad...* 4557-4576.

DEVILLARD, Marie José; FRANZÉ, Adela y PAZOS, Álvaro (2012): «Apuntes metodológicos sobre la conversación». *Política y Sociedad* 2, 49: 353-369.

EDITORIAL SAFELIZ (2003): *Compartiendo la esperanza. Cien años de la Iglesia adventista en España*. Madrid: Editorial Safeliz.

ESTRUCH, Juan (1968): *Los protestantes españoles*. Barcelona: Nova Terra.

— (1996): «El mito de la secularización». En Rafael Díaz Salazar, Salvador Giner y Fernando Velasco, eds., *Formas modernas de religión*. Madrid: Alianza Universidad, 267-280.

FERNÁNDEZ MOSTAZA, Esther (1998): *Els fills de l'Opus. La socialització de les segones generacions dins l'Opus Dei*. Barcelona: Mediterrània.

FERRÁNDIZ, Francisco (1995): «Itinerarios de un médium: espiritismo y vida cotidiana en la Venezuela contemporánea». *Antropología* 10: 133-166.

— (2004): *Escenarios del cuerpo. Espiritismo y sociedad en Venezuela*. Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto.

FRANCO, Francisco (2010): «Cuerpo y “misticismo” en las Misas de Sanación del Movimiento de Renovación Carismática Católico en Mérida (Venezuela)». *LiminaR. Estudios sociales y humanísticos* 2, VIII: 71-88.

GARCÍA GARCÍA, Ricardo (2008): «La regulación del factor religioso en la Comunidad Autónoma de Madrid». En Ricardo García García, dir., *La libertad religiosa en las Comunidades Autónomas. Veinticinco años de su regulación jurídica*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Institut d'Estudis Autònoms, 481-532.

GARCÍA JORBA, Juan Manuel (1993): «Las rejas de la fe: análisis en torno a la construcción de la imagen social de las sectas». En *Antropología de la*

religió: ortodoxos, heretges i sectaris. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya* 9: 12-36.

GEERTZ, Clifford (2006): «La religión como sistema cultural». En *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa, 87-117.

GONZÁLEZ ALCANTUD, José Antonio y RODRÍGUEZ BECERRA, Salvador, eds. (1996): *Crear y curar: la medicina popular*. Granada: Diputación Provincial de Granada.

GOOD, Byron (2003): *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra.

HEELAS, Paul y WOODHEAD, Linda (2008): *The Spiritual Revolution. Why Religion is Giving Way to Spirituality*. Oxford: Blackwell.

IZQUIERDO, Agustín (1999): «Testigos de Jehová. La identidad milenarista en entredicho». En Manuela Cantón, Joan Prat y Jaume Vallverdú, coords., *Nuevos movimientos religiosos, iglesias y «sectas»...* 185-190.

KLEINMAN, Arthur (1980): *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.

LISÓN, Carmelo (1990): *La España mental, volumen 2: endemoniados en Galicia hoy*. Madrid: Akal.

— (1996): «Mujeres, demonios y exorcismos». En José Antonio González Alcantud y Salvador Rodríguez Becerra, eds., *Crear y curar: la medicina popular...* 381-392.

LÓPEZ CAMPS, Jordi (2007): «La necesaria laicidad». *CIDOB d'Afers Internacionals* 77: 175-196.

LÓPEZ GARCÍA, Bernabé; RAMÍREZ FERNÁNDEZ, Ángeles; HERRERO GALIANO, Eva; KHIRLANI, Said y

TELLO, Mariana (2007): *Arraigados. Minorías religiosas en la Comunidad de Madrid*. Barcelona: Icaria Editorial y Fundación Pluralismo y Convivencia.

LÓPEZ-PAVILLARD, Santiago (2014): «¿Qué relación tiene la salud con la espiritualidad, y cómo se entiende esta relación en Occidente? Una perspectiva desde dos puntos de vista». En Maribel Blázquez, Mónica Cornejo y Juan Antonio Flores, coords., *El reencuentro de salud y espiritualidad...* 4595-4622.

— (2015): *La vida como proceso de sanación. Prácticas chamánicas del Alto Amazonas en torno a la ayahuasca en España*. Tesis doctoral. Departamento de Antropología Social, Universidad Complutense de Madrid.

MANTECÓN, Joaquín, coord. (2004): *Confesiones minoritarias en España. Guía de entidades y vademécum normativo*. Madrid: Ministerio de Justicia. Dirección General de Asuntos Religiosos.

MARCOS, María Cristina (1999): «Adicción a tu Palabra. Legitimación, deslegitimación y reinterpretación de las prácticas curativas en la Iglesia de Filadelfia». En Manuela Cantón, Joan Prat y Jaume Vallverdú, coords., *Nuevos movimientos religiosos, iglesias y «sectas»...* 135-149.

MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, Ángel (2011): *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.

MENA, Ignacio R. (1999): «Las lenguas del Espíritu. Glosolalia, identidad étnico-religiosa y cambio cultural». En Manuela Cantón, Joan Prat y Jaume Vallverdú, coords., *Nuevos movimientos religiosos, iglesias y «sectas»...* 123-134.

— (2003): «Sobre dones carismáticos. Una aproximación a la glosolalia y la liberación de espíritus en los cultos pentecostales gitanos». *Gazeta de Antropología* 19: 1-16.

— (2007): «La fe en el cuerpo. La construcción biocorporal en el pentecostalismo gitano». *Revista de Antropología Experimental* 7: 71-91.

— (2008): «El ascetismo pentecostal gitano y la gestión corporal. Una aproximación desde la antropología del cuerpo». *Athenea Digital* 13: 1-26.

— (2009): «Dones proféticos y contextos de conversión en el pentecostalismo gitano». *Revista Cultura y Religión* 1, 3: 55-70.

MENÉNDEZ, Eduardo (1983): «Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales». En *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México D. F.: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

— (1984a): «Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos». *Nueva Antropología* 6, 23: 71-102.

— (1984b): «El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud». *Arxiu d'Etnoграфия de Catalunya* 3: 85-119.

— (1996): «El saber popular como proceso de transformación. Tipos de articulación entre la biomedicina y la medicina popular». En José Antonio González Alcantud y Salvador Rodríguez Becerra, eds., *Creer y curar: la medicina popular...* 31-61.

— (2005): «Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos». *Revista de Antropología Social* 14: 33-69.

MOREIRA, Pedro Ernesto (2014): «La espiritualidad de los excluidos y las sanaciones divinas. El caso pentecostal». En Maribel Blázquez, Mónica Cornejo y Juan Antonio Flores, coords., *El reencuentro de salud y espiritualidad...* 4661-4682.

MORERAS, Jordi (2007): «Bibliografía temática». *CIDOB d'Afers Internacionals* 77: 197-202.

NATH, Jemál (2010): «“God is a Vegetarian”: The Food, Health, and Bio-Spirituality of Hare Krishna, Buddhist and Seventh-Day Adventist Devotees». *Health Sociology Review* 3, 19: 356-369.

NUÑO, Néstor (2014): «Salud y espiritualidad en las sociedades post-seculares. El caso particular del culto Hare Krishna». En Maribel Blázquez, Mónica Cornejo y Juan Antonio Flores, coords., *El reencuentro de salud y espiritualidad...* 4683-4702.

OBSERVATORIO DEL PLURALISMO RELIGIOSO EN ESPAÑA (2014): *Explotación de datos. Directorio de lugares de culto, junio de 2014*. Fundación Pluralismo y Convivencia.

Recurso disponible en

http://www.observatorioreligion.es/upload/50/63/Explotacion_Directorio_Junio_2015.pdf, última visita, 15/08/2015.

— (2015): *Explotación de datos. Directorio de lugares de culto, junio de 2015*. Fundación Pluralismo y Convivencia. Recurso disponible en

http://www.observatorioreligion.es/upload/50/63/Explotacion_Directorio_Junio_2015.pdf, última visita, 20/03/2016.

OFFICE OF ARCHIVES, STATISTICS, AND RESEARCH (2010): *148th Annual Statistical Report, 2010*. Silver Springs: General Conference of Seventh-Day Adventists. Recurso disponible en

<http://docs.adventistarchives.org/docs/ASR/ASR2010.pdf?q=docs/ASR/ASR2010.pdf>, última visita, 16/06/2014.

PALS, Daniel L. (2013): *Ocho teorías sobre la religión*. Barcelona: Herder.

PARRAS, José Luis (1999): «La predicación de los Testigos de Jehová en el espacio público de la ciudad». En Manuela Cantón, Joan Prat y Jaume Vallverdú, coords., *Nuevos movimientos religiosos, iglesias y «sectas»...* 191-210.

PASQUALINO, Antonio (1996): «Médico y enfermo: relación entre sanador y paciente dentro de los diversos saberes medicinales presentes en nuestra sociedad». En José Antonio González Alcantud y Salvador Rodríguez Becerra, eds., *Creer y curar: la medicina popular...* 161-180.

PEEL, Robert (1988): *Health and Medicine in the Christian Science Tradition*. Nueva York: The Crossroad Publishing Company.

PERDIGUERO, Enrique (1996): «El curanderismo en la comarca de l'Alacantí: similitudes entre 1890 y 1990». En José Antonio González Alcantud y Salvador Rodríguez Becerra, eds., *Creer y curar: la medicina popular...* 63-94.

— (2006): «Una reflexión sobre el pluralismo médico». En Gerardo Fernández Juárez, coord., *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. La Paz: Abya-Yala, 33-49.

PRAT, Joan (1991): «Una bibliografía sobre sectas: lecturas y contralecturas». En *Antropología de la religión: ortodoxos, heretges i sectaris. Arxiu d'Etnografia de Catalunya* 8: 140-192.

— (1993): «Fundadors religiosos: reflexions sobre un patró hagiogràfic i mític». En *Antropología de la religión: ortodoxos, heretges i sectaris. Arxiu d'Etnografia de Catalunya* 9: 66-99.

— (2001): «Nuevos movimientos religiosos: lecturas e interpretaciones». *Estudios de Juventud* 53: 93-115.

— (2007): *El estigma del extraño. Un ensayo antropológico sobre sectas religiosas*. Barcelona: Ariel [1997].

RAMÍREZ HITA, Susana (1999): «El pentecostalismo y las prácticas de salud en una población rural». En Manuela Cantón, Joan Prat y Jaume Vallverdú, coords., *Nuevos movimientos religiosos, iglesias y «sectas»...* 149-158.

REVIRIEGO, Concepción (1992): *Medicina popular y espiritismo en el Valle del Vinalopó: una aproximación psicosocial*. Tesis doctoral. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad Complutense de Madrid.

RICCÒ, Isabella (2014): «¿**Medicina popular o prácticas new age?** Un estudio de caso sobre el curanderismo en la Cataluña de hoy». En Maribel Blázquez, Mónica Cornejo y Juan Antonio Flores, coords., *El reencuentro de salud y espiritualidad...* 4768-4781.

RODRÍGUEZ BECERRA, Salvador (1996): «Enfermedades humanas con tratamiento divino. La curación mágico-religiosa en Andalucía». En José Antonio González Alcantud y Salvador Rodríguez Becerra, eds., *Creer y curar: la medicina popular...* 529-544.

ROMANÍ, Oriol y COMELLES, Josep María, coords. (1993): *Antropología de la salud y de la medicina*. Actas del VI Congreso de Antropología de la FAAEE/ACA, Tenerife.

SAIZAR, Mercedes y BORDES, Mariana (2014): «¿**Hospitales new age o terapias alternativas biomedicalizadas? Alcances y límites de la inserción de las terapias alternativas en hospitales generales de la ciudad de Buenos Aires (Argentina)**». En Maribel Blázquez, Mónica Cornejo y Juan Antonio Flores, coords., *El reencuentro de salud y espiritualidad...* 4782-4802.

SÁNCHEZ-CARRETERO, Cristina (2008): «La creencia en la “no-creencia” de los espíritus y otras cartografías de lógicas religiosas: el caso de los centros de portadoras de misterios dominicanos en Madrid». En Mónica Cornejo, Manuela Cantón y Ruy Llera, coords., *Teorías y prácticas emergentes en antropología de la religión...* 253-272.

SANCHIZ, Pilar (1996): «Poder de la palabra y eficacia de los objetos: pentecostalismo y “costumbre” en Guatemala». En José Antonio González Alcantud y Salvador Rodríguez Becerra, eds., *Creer y curar: la medicina popular...* 181-208.

SENTÍS, Roser (1999): «La opción sectaria religiosa como estrategia de supervivencia étnica: el caso del pentecostalismo gitano». En Manuela Cantón, Joan Prat y Jaume Vallverdú, coords., *Nuevos movimientos religiosos, iglesias y «sectas»...* 115-122.

THIGPEN, T. Paul (2003): «Catholic Charismatic Renewal», en Stanley M. Burgess y Eduard M. Van der Maas, eds., *The New International Dictionary of Pentecostal and Charismatic Movements*. Grand Rapids: Zondervan, 460-467.

VALLVERDÚ, Jaume (1995): «La imatge social de les sectes. Hare Krisna: un cas paradigmàtic». *Revista d'Etnologia de Catalunya* 6: 70-79.

——— (1999): «El análisis de los “movimientos religiosos carismáticos y extáticos”. Diseño de una investigación en curso». En Manuela Cantón, Joan Prat y Jaume Vallverdú, coords., *Nuevos movimientos religiosos, iglesias y «sectas»...* 167-184.

——— (2005): «Violencia religiosa y conflicto político en Chiapas, México». *Nueva Antropología* 65: 55-74.

——— (2007): «“Mi cuerpo es un templo de Dios”. Carisma y emoción en los sistemas religiosos». *Iztapalapa* 62-63: 135-154.

WORSLEY, Peter (1982): «Non-Western Medical Systems». *Annual Review of Anthropology* 11: 315-348.